

VYSOKÁ ŠKOLA POLYTECHNICKÁ JIHLAVA

Katedra zdravotnických studií

Kvalita spánku ve stáří

Bakalářská práce

Autor: Veronika Staňková

Vedoucí práce: Mgr. Lenka Drahošová

Jihlava 2012

Vysoká škola polytechnická Jihlava

Tolstého 16, 586 01 Jihlava

ZADÁNÍ BAKALÁŘSKÉ PRÁCE

Autor práce:	Veronika Staňková
Studijní program:	Ošetrovatelství
Obor:	Všeobecná sestra
Název práce:	Kvalita spánku ve stáří
Cíl práce:	Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s kvalitou svého spánku. Zjistit, zda si lidé ve stáří pomáhají ke spánku farmakologicky.



Mgr. Lenka Drahošová
vedoucí bakalářské práce



doc. PhDr. Lada Cetlová, Ph.D.
vedoucí katedry
Katedra zdravotnických studií

Anotace

Tato práce se zabývá kvalitou spánku seniorů. V teoretické části se soustředím na jednotlivá témata týkající se stárnutí i stáří, rozebrání tématu spánku v širokém pojetí, včetně nežádoucích zvláštních jevů a spánková hygiena seniorů včetně charakteristiky spánkové farmakologie. V praktické části zkoumám výsledky vlastního výzkumu, zda jsou senioři spokojeni s kvalitou vlastního spánku a jestli využívají farmaka k jeho navození.

Klíčová slova: kvalita spánku, stáří, spánek, senior, farmakologie

Annotation

This work deals with the quality of sleep seniors. Theoretical part is, the focus on individual topics related to aging and old age, topic of sleep in the broad sense, including adverse phenomena and specific sleep hygiene, sleep characteristic of older persons, including pharmacology. In the practical part deals with the results of own research, whether seniors are satisfied with the quality of their own sleep and if use drugs to his induction.

Keywords: quality of sleep, age, sleep, Senior, pharmacology

Poděkování

Zde bych chtěla poděkovat vedoucí mé bakalářské práce Mgr. Lence Drahošové za odborné vedení při tvorbě práce, cenné rady, vstřícný přístup, poskytnutý čas a trpělivost. Taktéž bych na tomto místě ráda poděkovala lidem, kteří ochotně vyplnili dotazníky a staly se tak součástí této práce.

Prohlášení

Prohlašuji, že předložená bakalářská práce je původní a zpracoval/a jsem ji samostatně. Prohlašuji, že citace použitých pramenů je úplná, že jsem v práci neporušil/a autorská práva (ve smyslu zákona č. 121/2000 Sb., o právu autorském, o právech souvisejících s právem autorským a o změně některých zákonů, v platném znění, dále též „AZ“).

Souhlasím s umístěním bakalářské práce v knihovně VŠPJ a s jejím užitím k výuce nebo k vlastní vnitřní potřebě VŠPJ .

Byl/a jsem seznámen/a s tím, že na mou bakalářskou práci se plně vztahuje AZ, zejména § 60 (školní dílo).

Beru na vědomí, že VŠPJ má právo na uzavření licenční smlouvy o užití mé bakalářské práce a prohlašuji, že **s o u h l a s í m** s případným užitím mé bakalářské práce (prodej, zapůjčení apod.).

Jsem si vědom/a toho, že užít své bakalářské práce či poskytnout licenci k jejímu využití mohu jen se souhlasem VŠPJ, která má právo ode mne požadovat přiměřený příspěvek na úhradu nákladů, vynaložených vysokou školou na vytvoření díla (až do jejich skutečné výše), z výdělků dosaženého v souvislosti s užitím díla či poskytnutím licence.

V Jihlavě dne 24. 5. 2012

.....
Podpis

Obsah

1 Úvod.....	8
1.2 Cíle a pracovní hypotézy.....	10
1.2.1 Cíle práce.....	10
1.2.2 Hypotézy.....	10
2. Teoretická část	11
2.1 Stárnutí	11
2.2 Stáří	12
2.3 Kalendářní stáří	12
2.3.1 Periodizace stáří.....	13
2.3.2 Senior.....	14
2.4 Sociální stáří.....	14
2.5 Biologické stáří	15
2.6 Spánek	15
2.6.1 Historie spánku	15
2.6.2 Spánek obecně	16
2.6.3 Charakteristika spánku	17
2.6.4 Spánek a my	17
2.6.5 Fyziologie spánku.....	18
2.6.6 Fyziologické změny ve spánku	18
2.6.7 Spánek v průběhu života	19
2.6.8 Involuční změny a spánek	19
2.7 Odpočinek	20
2.7.1 Usínání.....	20
2.8 Spánkové fáze	21
2.8.1 Zvláštní spánkové jevy	23
2.8.2 Spánková hygiena seniorů	24
2.9 Spánková farmakologie.....	24
2.9.1 Hypnotika	25
2.9.2 První generace	25
2.9.3 Druhá generace	25
2.9.4 Třetí generace	26
2.10.1 Neuroleptika	26

2.10.2 Antidepresiva.....	26
2.10.3 Antihistaminika	26
2.10.4 Benzodiazepiny nehypnotické.....	26
3 Praktická část	27
3.1 Metodika výzkumné práce	27
3.2 Charakteristika vzorku respondentu.....	27
3.3 Charakteristika výzkumného prostředí	27
3.4 Vlastní výsledky výzkumu	28
4 Diskuze	45
5 Závěr	46
6 Seznam použité literatury	48
Seznam webových zdrojů	49
Seznam příloh	50

1 Úvod

Tato bakalářská práce je zaměřena na problematiku kvality spánku ve stáří. Spánek je lidmi brán jako samozřejmost. Nikdo si však řádně neuvědomuje jeho celou hloubku. Tedy ne do té doby, než přijdou potíže s ním spojené.

Spánek je nám všem velice blízký, i když si to mnozí ani nemusí uvědomovat. Má své místo v životě každé živé bytosti, která jej pro správný chod svého organismu potřebuje. Pro někoho je nutným zlem, jinému naopak činí spánek příjemné potěšení. Ne zřídka se stává zdrojem inspirace, nebo snad útekem z reality do vysněného světa či klidného nevědomí, dokonce i lékem některých nemocí.

Různí lidé mají různé vlastnosti, a proto není neobvyklé se setkat s někým, kdo vypoví, že se spaním neměl nikdy žádné potíže. Takové osobě byste pravděpodobně řekli, že má štěstí, protože přesně tohle by si přáli i mnozí jiní.

Víme, že kvalita se odvíjí různorodými cestami, které se větví a vytvářejí spletité sítě. U spánku tomu není jinak. Jeho kvalita je ovlivněna mnoha faktory, a řadu z nich lze ovlivnit jen špatně nebo i vůbec. A ve vyšším věku je to o to komplikovanější, počínaje vrozenými dispozicemi, konče bezohledným sousedem.

Není to totiž tak zanedbatelné téma, jak se na první pohled jeví. Při konverzaci se velice často člověk zmíní, že má problémy se spaním a hned na to vyjmenuje důvody proč tomu tak nejspíš je.

Všeobecně je v povědomí společnosti, že ve stáří člověk spí méně. Odkazují na to nejen různé pošetilé narážky okolí typu, že ráno je v městské hromadné dopravě přeplněno, protože senioři vyrazili zbytečně brzy z domu, i když nemusí.

A jaká je kvalita jejich spánku? Stejná nebo snižená, tak jako jejich potřeba spánku? Jsou s ní vůbec spokojení? Samozřejmě platí pravidlo, že každý jedinec je jedinečný, tudíž nelze tvrdit, že se tato problematika týká veškeré populace seniorů. V této práci se pokusíme na tuto otázku odpovědět.

Dnešní lidé řeší farmakologií ledasco. Někdy je to až zarážející, nač vše si vezmeme tabletku. Jsme takový i v důchodu? Farmakologie nás vskutku doprovází většinu života a je to úleva pro náš organismus, když naše cesty jdou podél sebe, aniž by se každých pár křůčků křížily. Starší lidé i tak vlivem jiných, a kolikrát závažnějších,

onemocnění mají předepsané četné medikace. Dodávat k nim i pilulky na spaní je záležitostí každého z nás. Stačí si o ně říct, a budou nám předepsány. Ovšem jinou věcí je, když se s triviálním problémem chceme vypořádat sami, bez pomoci chemie. Takováto snaha je opravdu chvályhodná a zajisté ji sdílí více lidí. Chtějí si senioři pomoci ke spánku farmakologicky? I tím se bude tato práce zabírat.

Výzkum není prováděn v nemocničním prostředí, neboť zde je spánek jednoznačně ovlivněn. Do výzkumu bakalářské práce byli zahrnuti občané, kteří spí doma, tudíž mohou poskytnout rozsáhlejší údaje.

Důvodem k sepsání této práce bylo přesvědčení, že seniorům záleží na jejich spánku stejně jako mladší generaci, ačkoliv na ni jeho fyziologické strádání prozatím nedolehlo. Spaní je blízké nám všem a měli bychom stejně tak vědět, jak moc nám bude v blízké či vzdálené době chybět. A také proto, že jde o velice pozitivní činnost-nečinnost, kterou nelze nemít rádo.

1.2 Cíle a pracovní hypotézy

1.2.1 Cíle práce

Hlavní cíl:

Zjistit, zda jsou senioři spokojeni s kvalitou svého spánku.

Vedlejší cíl:

Zjistit, zda si lidé ve stáří pomáhají ke spánku farmakologicky.

1.2.2 Hypotézy

1H – Předpokládám, že většina dotazovaných seniorů nebude spokojena s kvalitou svého spánku.

2H – Předpokládám, že dotazovaní senioři si ke spánku pomáhají farmakologicky jen minimálně.

2 Teoretická část

2.1 Stárnutí

Stárnutí, neboli *involuce*, je proces postihující živou hmotu. Je to nevratný, univerzální proces, který jen obtížně definujeme. Postihuje prakticky všechny orgány různou rychlostí, které tak ztrácejí svou funkční rezervu. K měnícím se podmínkám zevního i vnitřního prostředí, se starý organismus stává méně přizpůsobivým. Ztrácí své adaptační schopnosti, i při mírných podnětech může dojít, jak k dekompenzaci orgánové funkce tak organismu jako celku (Topinková, 2005).

Stárnutí probíhá kontinuálně již od početí, avšak za skutečný projev je považován až pokles funkcí, při dosažení sexuální dospělosti. Morfologicky jde o fyziologickou, věkově přiměřenou atrofii. Involuce je převážně popisována jednotlivými vlastnostmi a projevy. Tyto projevy jsou variabilní, značně individuální a věkový nástup změn funkcí se odlišuje i mezi jednotlivými orgánovými systémy (heterochronie). Jedná se o složitý komplex dějů, vzájemně se prolínajících a podmiňujících na úrovni molekulární, subcelulární, celulární, orgánové a celostní. Proces stárnutí souvisí s přirozenou délkou života. Ta je druhově specifická, vykazuje významnou interindividuální variabilitu (Kalvach, 2004).

Primární biologické změny se v projevech i důsledcích několikanásobně kombinují s mechanismy respiračními, obrannými, adaptačními, regulačními, mimo jiné s vlivy prostředí, způsobu života a s různými patologickými ději (Kalvach, 2004).

Výsledkem stárnutí je stáří, tedy *senium*. Jeho obvyklý obraz je dán kombinací involučních změn, kondicí organismu a projevy chorob, u nichž je věkově podmíněná prevalence (např. ateroskleróza). Také je významně ovlivněn vlivy a náročností prostředí. Stárnutí je multifaktorový proces, přičemž zvyšuje pravděpodobnost úmrtí. Involuce zhoršuje spolehlivost fungování organismu, odolnost, adaptabilitu i regulační schopnosti (Kalvach, 2004).

„První teorie stárnutí vycházela z toho, že jev tak obecný musí být nějak prospěšný. Ale růst slabosti a sešlosti věkem očividně není prospěšný pro jedince, jehož postihuje; logické tedy je, že stárnutí musí nějak prospívat entitě, k níž jedinec patří. (...) Každý musí držet krok s evolučními změnami jiných organismů, a proto musí

nějak vznikat nové mutace a nové kombinace genů. Tyto nové kombinace se mohou objevit, jenom když jedna generace vymře a druhá vznikne; umožňují nové, dokonalejší přizpůsobení, protože jsou výsledkem přírodního výběru. Kdyby nebylo stárnutí, argumentuje se dále, nemohly by se generace střídat. Jinými slovy, bez stárnutí a beze smrti by se vývoj zastavil.“ (Austad S. N., 1999, str. 55).

2.2 Stáří

Stáří patří do přirozeného průběhu života, je jeho neodmyslitelnou etapou a u každého jedince probíhá jinak. Jde o projev a důsledek změn přirozeného stárnutí, projevující se funkčně i morfologicky. Probíhá druhově specifickou rychlostí, v níž je výrazná interindividuální variabilita. Rozlišuje se stáří kalendářní, sociální a biologické (Kalvach, 2004).

Změny způsobené stářím se odehrávají v rovině tělesné, psychické a sociální. Ve stáří rovněž dochází k obratu od materiálních hodnot k hodnotám duchovním, k introvertizaci a egocentrismu. Stejně tak se mění i hierarchie osobních hodnot, postoj k sobě samému, k blízkým a ke společnosti. Při sebehodnocení by mohl vznikat rozpor mezi tím, jak jedince hodnotí společnost a mezi osobním vědomím vlastní hodnoty. V pozdním stáří přechází do popředí zvýšená pozornost k vlastnímu tělu. Osobní přístup k vlastnímu stáří se především odvíjí od osobnosti jedince, povahových rysech, na zkušenostech a celém předchozím životě. U seniorů se dle toho objevují různé pocity při očekávání stáří, rozmanité reakce na obměny provázející stárnutí (Haškovcová, 1999).

(Viz příloha A. Tabulka 1. - M. Venglářová, 2007: *Změny ve stáří*)

2.3 Kalendářní stáří

Kalendářní stáří je vymežitelné, ale nepostihuje zcela interindividuální rozdíly. Arbitrární věková hranice se posouvá, neboť se prodlužuje předpokládaná doba dožití. Zároveň se zlepšuje funkční i zdravotní stav nově stárnoucích generací (Kalvach, 2004).

2.3.1 Periodizace stáří

V 18. století **A. Haller**, zakladatel novodobé fyziologie, rozčlenil lidský život na 9 fází. Z nichž označil věk (Kalvach, 2004):

- 25 – 62 let za mužný
- 63 a více let za stáří

V polovině 20. století **E. B. Hurlocková** označila věk následovně. Tato hranice byla v 60. letech akceptována i Světovou zdravotnickou organizací a OSN (Kalvach, 2004):

- 40 – 59 let střední věk
- 60 a více let stáří

Příhoda V. (1974) zahrnul do etap lidského života patnáctiletou periodizaci (Kalvach, 2004):

- dospělost (adultium): 30 – 44 let
- střední věk (interevium): 45 – 59 let
- časná stáří (stárnutí, senescence): 60 – 74 let
- vlastní stáří (kmetství, senium): 75 – 89 let
- dlouhověkost (patriarchium): 90 let a více

V 60. letech minulého století **B. L. Neugartenová** navrhla pojmy „mladí senioři“ a „staří senioři“ v souvislosti se zlepšením funkčního stavu ve stáří. Dle jejího pojetí vychází i současné členění z geriatrického hlediska (Kalvach, 2004):

- 65 – 74 let mladí senioři (nejisté penzionování, volný čas, seberealizace)
- 75 – 84 let staří senioři (zhoršená adaptace, specifická nemocnost, osamělost)
- 85 a víc velmi staří senioři (pochybné zabezpečení a soběstačnost)

Periodizace stáří dle **Světové zdravotnické organizace** (WHO), (Říčan, 2004):

- | | |
|--|---------------|
| ➤ období středního (zralého) věku | 45 – 59 let |
| ➤ období raného stáří (vyšší věk) | 60 – 74 let |
| ➤ období vlastního stáří (pokročilý věk) | 75 – 89 let |
| ➤ období dlouhověkosti (vysoký věk) | 90 let a více |

2.3.2 Senior

Pojem, kterým nazýváme člověka ve věku 60 let a více, aniž bychom pohlíželi na to, zda dotyčná osoba již pobírá důchod či nikoliv, nebo zda se cítí být či nebýt v duševní nebo fyzické kondici. Člověk požívající ve společnosti zvláštní úctu s ohledem na svůj věk a získané životní zkušenosti (Loužecký, 2008).

Seniorem je míněn příslušník starší věkové kategorie, nebo také někdo starší z více osob či celého kolektivu (Petráčková, 1997).

2.4 Sociální stáří

Obvykle bývá za počátek sociálního stáří považován vznik nároku na starobní důchod či penzionování. Týká se změn sociálních rolí a potřeb, životního stylu i ekonomického zajištění. Zároveň upozorňuje na společné zájmy i rizika seniorů, jako jsou ztráty životního programu, maladaptace, pokles společenské prestiže, osamělost, snížení životní úrovně, možná ztráta soběstačnosti, věková segregace a diskriminace (Kalvach, 2004).

Pro sociální periodizaci života se často užívají označení jako *první věk* (předproduktivní; období dětství a mládí, učení, získávání sociálních zkušeností, profesní příprava), *druhý věk* (produktivní; období dospělosti, produktivita ekonomická, sociální i biologická), *třetí věk* (postproduktivní; stáří), případně i *čtvrtý věk* (období závislosti).

Pojem „čtvrtý věk“ předkládá představu, že nezbytným i důsledky dlouhého života je ztráta soběstačnosti a biologický marasmus. Což odporuje konceptu úspěšného stárnutí, zdravého stáří a poukazuje na pojetí závislosti pouze jako patologický problém, nikoli zákonitosti stáří. Pasivní „důchodcovství“ se jeví do dalších let spíše

jako sociální patologie – projev neúspěšného stárnutí, maladaptace na stáří a závažného zdravotního postižení (Kalvach, 2004).

2.5 Biologické stáří

Biologickým stářím se označuje konkrétní míra involučních změn u daného jedince (především v oblasti fyziologie, mentality, výkonnosti, adaptačních schopností, apod.). Lidé vykazují různé biologické stáří, i když mají stejný kalendářní věk, což činí potíž při určování přesného biologického věku (Kalvach, 2004).

2.6 Spánek

2.6.1 Historie spánku

Od dávných civilizací fascinoval spánek díky své záhadné podstatě a významu filozofy, umělce, spisovatele i vědce. Celá tisíciletí byl spánek považovaný za pasivní děj. Již 3000 let př. n. l. existoval ve starém Egyptě pohanský bůh spánku. Dle starořecké mytologie byl bohem spánku Hypnosus, jež byl synem bohyně noci Nyx, a otcem božstva snů byl Morfeus. A Shakespeare považoval ve svých dílech smrt za „sestru spánku“ (Nevšimalová, 2007; Lavery, 1998).

Výzkum spánku započal v třicátých letech 20. století. V roce 1937 Loomis, Harvey a Hobart našli techniku k měření hloubky spánku a ke stanovení stádií, v nichž se sny vyskytují. Výzkum pracuje s přístroji zaznamenávající elektrické změny na pokožce hlavy. Ty totiž souvisejí se samovolnou mozkovou aktivitou v průběhu spánku a s očními pohyby během snění. Grafický záznam elektrických změn neboli mozkových vln se nazývá elektroencefalogram (EEG) a měří měnící se průměrný elektrický potenciál neuronů na povrchu mozkové kůry (Kassin, 2007).

V pozdější době přední odborníci na výzkum spánku Dale Edgar a William C. Dement, dospěli k modelu protikladného procesu spánku a bdění. Dle jejich teorie se v mozku odehrávají dva protikladné procesy. První se nazývá pud homeostatického spánku (fyziologický proces, který má zajistit dostatečné množství spánku, aby bdělý stav přes den zůstal stálý) a druhý proces bdění řízené časem (podléhá kontrole biologických hodin z neurálních struktur ve střední části mozku), (Kassin, 2007).

V padesátých letech 20. století profesor N. Kleitman a jeho žák E. Aserinsky pozorováním kojenců postřehli, že v období spánku se opakují úseky spojené s rychlými záškuby víček. Při rozšíření svého pozorování zjistili odlišnou aktivitu na EEG (Nevšímalová, 2007).

2.6.2 Spánek obecně

Od pradávna je spánek považován za něco mimořádného. Ve spánku dochází k regeneraci tkání organismu a obnovení sil. K obnově dochází rychleji než kdykoliv v bdělém stavu, počínaje buňkami kůže, přes krevní elementy až po mozkové buňky (Lavery, 1998).

Dokonce nám pomáhá k rychlejšímu uzdravení při infekčním onemocněním. Studie u mladých lidí prokázaly, že již mírná spánková deprivace může zavinit snížení počtu bílé krevní řady, čímž dochází ke snížení účinnosti obranného systému organismu.

Spánek je přirozenou a nezbytnou součástí života. Lze říct, že je přirozenou odpovědí na únavu, neboť zajišťuje kvalitnější typ odpočinku nežli ten, kterého dosáhneme oddechem beze spánku. Člověk spaním stráví téměř 1/3 života (Lavery, 1998).

Přes mnohé pokusy na zvířatech bylo prokázáno, že odepření spánku způsobuje postupem času smrt (přibližně patnáct dní). Čím bylo zvíře mladší, tím bylo nedostatkem spánku zranitelnější. U lidí nebyla smrtelnost insomnie prokázána. Nedostatek spánku sice nevede k psychotickým projevům, často se však objevují příznaky spánkové opilosti a snižuje se mentální výkonnost. Po delší době zkráceného spánku se zhoršuje soustředění, objevují se příznaky jako točení hlavy, žaludeční nevolnost či slabost v dolních končetinách (Brain-SoulTherapy s.r.o., 2008).

2.6.3 Charakteristika spánku

Podle psychologa Abrahama Maslowa je spánek základní lidskou potřebou a zároveň univerzálním projevem, který je společný všem bytostem. Spánek lze charakterizovat jako stav snížené pohybové i mentální aktivity, sloužící k restituci fyzických a psychických sil a svou kvalitou senzitivně reaguje na fyziologické i patologické změny v organismu.

Spánek představuje opak bdělosti a je fyziologickým, rytmicky se vyskytujícím stavem, se zastřeným vědomím. Můžeme jej považovat za pasivní děj, jestliže je bdělost dějem aktivním. Nicméně se v organismu dějí aktivní věci, které vidíme až v bdělém stavu, tím je myšlen 24hodinový cirkadiánní rytmus ovlivňován vnějším střídáním světla a tmy. Během spánku nastupuje útlumově-relaxační fáze organismu. I během spánku mozek intenzivně pracuje – lidem se většinou zdají sny (Brain-SoulTherapy s.r.o., 2008).

Je významný rovněž pro růst organismu, reguluje imunitní funkce, a jak již bylo zmíněno, napomáhá regeneraci tkání a hojení. Dostatečný a kvalitní spánek je nepostradatelný pro dobré zdraví, přiměřenou náladu a výkonnost (Praško, 2004).

2.6.4 Spánek a my

Potřeba spánku je u každého z nás zcela individuální. Jisté role hrají denní aktivity člověka, fyziologický stav organismu, věk apod. Zdravý dospělý člověk spí průměrně 6 – 8 hodin denně. Existují ovšem lidé, jimž postačuje 5 – 6 hodin. Přibližně 2 % populace si vystačí s méně než pěti hodinami spánku, a další 2 % populace potřebují spát déle než 9 hodin. Umožňuje nám psychickou i fyzickou obnovu, podílí se na zvyšování naší odolnosti proti nemocem, napomáhá ukládání naučeného do paměti a emoční konsolidaci zážitků (Praško, 2004).

Při experimentálních pokusech vydržel dobrovolník bdít přibližně 36 hodin, aniž by byl ovlivněn jeho duševní výkon. Po uplynutí tohoto času, výkonnost nevyspalého jedince klesá. Nejdéle pak dokázal nespát 265 hodin (Brain-SoulTherapy s.r.o., 2008).

Nemocný člověk bude mít větší potřebu odpočinku a spánku, než zdravý jedinec (Lavery, 1998).

2.6.5 Fyziologie spánku

Existují dva druhy spánku: **synchronní**, označovaný jako non-REM podílející se na regeneraci funkcí somatických, a **paradoxní**, označovaný jako REM (z angl. rapid eye movement podle rychlých pohybů očí, které tento typ doprovázejí) jež restauruje funkce mozkové (Ambler, 2006).

Lidé spí v poloze vleže se zavřenýma očima. Člověk spící vsedě neupadne do nejhlubšího spánku, čímž je znemožněn dobrý odpočinek. Docela opačně je tomu u jiných savců, někteří spí s otevřenýma očima (např. dobytek), někteří vestoje (např. koně či sloni) a někteří můžou viset za nohy dolů (např. papoušci, netopýři). I imobilita zde má svou roli, savci se během spánku periodicky pohybují, zatímco ryby plavou na místě (Kassin, 2007).

Z neurofyziologického hlediska je základním mechanismem regulující spánek, bdění a aktivaci organismu při probuzení, retikulární formace. Tuto funkci má ascendentní retikulární aktivační systém (ARAS). Jeho poškození mimo jiné vede k trvalé ztrátě vědomí (Trachtová, 2008).

2.6.6 Fyziologické změny ve spánku

Během spánku nastává mnoho změn. Nejen že klesá celková spotřeba energie až o jednu čtvrtinu, ale přibližně dvě hodiny po usnutí dochází k několika změnám v organismu. Pulz se zpomaluje, snižuje se arteriální tlak v krvi, nastává dilatace periferních cév, kolísá tělesná teplota, zvyšuje se dechová frekvence, nepravidelné zvyšování aktivity gastrointestinálního traktu, spotřeba kyslíku roste, klesá bazální metabolismus o 10 – 30 %. Kosterní svalstvo je zcela uvolněné, u mužů dochází k erekci. Funkčnost některých smyslů klesá. I hladina hormonů kolujících v krvi se mění (hormony štítné žlázy, TSH, LH, somatotropní hormon, kortizon), (Brain-SoulTherapy s.r.o., 2008; Trachtová, 2008).

2.6.7 Spánek v průběhu života

Věk je jedním z biologických faktorů, který se podílí na řízení cyklu spánek/bdění a také určujících kvalitu a kvantitu spánku. Přirozeně se s věkem mění potřeba spánku, délka, hloubka i spánkové fáze. V pozdějším věku se zvyšuje výskyt patologických projevů dýchání, poruchy chování, vyvstávají noční pohyby dolních končetin. Se stoupajícím věkem přibývá onemocnění a léků, jež se podepisují na kvalitě spánku (Borzová, 2009; Trachtová, 2008).

U žen mohou kvalitu i kvantitu spánku ovlivnit hormonální změny (premenstruační syndrom, menopauza i těhotenství). Spánek u dospělých a dětí je naprosto odlišný. Je to dané především rozdílným stupněm vyzrálosti centrální nervové soustavy novorozenců. V dětství se doba spánku postupně zkracuje. Před začátkem školní docházky většina dětí denní spánek opouští. Mladí lidé potom tíhnou k posunu spánku do pozdních hodin. Přibližně od třiceti let začne být spánkový vzor relativně stabilní a začíná se měnit až kolem 40. - 45. roku (Lavery, 1998).

Trachtová (2008), uvádí počet hodin spánku v jednotlivých fázích života:

➤ Novorozenec	18 – 20 hodin
➤ Kojenec	12 – 18 h
➤ Batole	10 – 12 h
➤ Předškolní věk	11 h
➤ Školní věk	10 h
➤ Pubescent	8,5 – 9 h
➤ Adolescent	8 h
➤ Dospělost	6 – 8 h
➤ Stáří	6 a méně hodin

2.6.8 Involuční změny a spánek

Zpravidla vyšší věk vede nejen ke zkrácení nočního spánku, nýbrž i k porušení jeho celistvosti. Vyskytuje se větší množství nočních probuzení, větší počet myoklonů a záškubů končetin, nevylučuje i gastroezofageální reflux a apnoické pauzy. Na druhou stranu je vyšší počet krátkých usnutí během dne. Svou roli ve vyšším věku může mít taktéž strach z nespavosti, nebo nadměrná úzkost. Starší člověk je

náchylnější k narušení časového harmonogramu dne, z čehož může dojít k nepravidelnostem v denních aktivitách a tudíž i k změnám v době, kdy jde spát. Podstatně častěji dochází k poruchám spánku u osob žijících mimo své vlastní prostředí domova, tedy u žijících v domovech důchodců, v ústavech sociální péče a nemocnicích (Kalvach, 2004).

Více než mladší jsou starší lidé více rušeni ve spánku také vlivy *somatickými* (bolest, nucení na mikci, kašel, svědění) a *psychosociálními* (ztráta blízké osoby, změna bydliště, změna životního stylu a ztráta společenské prestiže), (Kalvach, 2004).

2.7 Odpočinek

Odpočinkem především označujeme klid, relaxaci bez emočního stresu, uvolnění úzkosti a napětí. Klid nemusí nutně znamenat nečinnost, některé aktivity jsou uklidňující (rekreační sporty, procházky). Klid a pohoda ovlivňují prožívání člověka, vyvolávají pozitivní emoce, jež jsou výchozí polohou pro odpočívání (Trachtová, 2008).

(Viz příloha B. Tabulka 2 - E. Trachtová, 2008: *Faktory podílející se na ovlivnění spánku a odpočinku*).

2.7.1 Usínání

Usínání je přechodným stavem mezi bdělostí a spánkem, probíhající vždy podobně, avšak s odlišným tempem. Víme, že spánek je aktivní děj, během kterého se mění činnosti mozku, jež ve svých důsledcích vedou ke snížení naší reaktivity na podněty z okolí a objevují se specifické mentální aktivity – sny (Praško, 2004).

Usínání patří do prvního non-REM stádia. Stav polovědomí, kdy se cítíme ospalí, člověk může v tomto stádiu usínání zažívat pocity plování, nebo vznášení se. Vyskytují se zde rovněž hypnagogické záškuby. Usínání trvá od jedné do deseti minut (Lavery, 1998).

Je jasné, že nejlépe se nám usíná, když jsme ospalí. Nelze si však zaměňovat ospalost s únavou, i když jsou si oba pojmy blízké. Únavu označujeme spíše jako fyzický stav, když náš organismus potřebuje na chvíli ustat v činnosti. U ospalosti

jde o stav, kdy organismus obtížně odolává spánku, přičemž pouhý odpočinek nestačí, k tomu aby se opět cítil fit. Usínání je podporováno šerem, tichem a teplem (Praško, 2004).

Praško (2004), uvádí následující těžkosti s navozením spánku:

- psychofyziologická insomnie
- idiopatická insomnie
- depresivní porucha
- úzkostné poruchy (panická porucha, generalizovaná úzkostná porucha, posttraumatická stresová porucha)
- stimulancia
- odnětí sedativ či léků na spaní
- kofein
- vzrušení, aktivita, vysoká motivace, narušení plánu (programu)
- mánie
- stres
- tělesné onemocnění (bolest, dechové potíže, svědění)
- jiná porucha spánku (syndrom neklidných nohou, poruchy rytmu spánek-bdění)

2.8 Spánkové fáze

Ve spánku dochází k periodickým jevům, k neurofyziologickým změnám, jež se v průběhu noci několikrát opakují (obvykle 4-6krát). Průměrná doba kdy se cykly opakují, je zpravidla 90 minut. Existují dva základní vzorce spánku: **REM-spánek** (rapid eye movement) a **non-REM-spánek**. V průběhu spánku se nejprve po sobě vyskytují stadia 1 až 4 non-REM-spánku, poté REM-spánek (Kalvach, 2004).

Non-REM-spánek

- Stadium 0 Bdělost.
- Stadium 1 Trvá jen krátce. Počáteční spánkové stadium, charakteristické usínáním a velmi lehkým spánkem. Ospalost. Přejít mezi bdělostí a spánkem. Postupné psychické uvolnění, relaxace svalstva, zpomaluje se dýchání i srdeční tep, kontakt s okolím se

pozvolna vytrácí. Ve stáří se toto stadium vyskytuje častěji než v mladším věku.

- Stadium 2 Středně hluboký spánek. Přechodné stadium mezi REM a delta spánkem. Zpomalují se procesy v organismu.
- Delta Složený ze stadií 3 a 4. Klidný hluboký spánek. Beze snů, s obtížnou probuditelností.
- Stadium 3 Hluboký spánek.
- Stadium 4 Velmi hluboký spánek. Zvýšené vyplavování somatotrofního hormonu. Regenerace fyzických sil.

Non-REM spánek je řízen serotoninem a vývojově je mladší. Mysl člověka nejlépe regeneruje v průběhu třetí a čtvrté non-REM fáze.

REM-spánek

- REM „Aktivní“ spánek se sny. Objevují se rychlé oční pohyby, tělové záškuby, zrychluje se dech, zrychlení pulzu. Ukládání vzpomínek z krátkodobé paměti do dlouhodobé. Ve stáří se REM spánek zkracuje.

REM spánek je řízen noradrenalinem. Vývojově starší, slouží k regeneraci psychických funkcí. První stadium REM spánku trvá asi 10-15 minut. Následně spánek pokračuje jako během usínání (stadia 2- 4), poté další REM stadium.

Spánkový cyklus je takové období spánku, které zahrnuje stadia 1-4 non-REM-spánku a jedno období REM-spánku. Obvykle trvá 90-120 minut, lze tedy během noci zažít 4 -5 spánkových cyklů. Zastoupení jednotlivých etap se během života mění (Praško, 2004; Ambler, 2006; Kalvach, 2004; Kelnarová, 2009).

(Viz příloha C. Tabulka 3 – Lavery, 1998: *Charakteristika spánkových stádií*)

2.8.1 Zvláštní spánkové jevy

K usínání i spánku patří některé nepříjemné jevy, přičemž nejsou nebezpečné a nemohou ublížit (Praško, 2004).

Hypnagogické záškuby jsou náhlé spontánní, rychlé záškuby svalstva končetin, případně i trupu a hlavy, objevující se během usínání. Jejich frekvence může vzrůstat při vyšší emocionální zátěži, stresu, nadměrné fyzické námaze či vyšších dávkách kofeinu (Praško, 2004).

Chrápání (ronchopatie) naprosto běžné v postupujícím věku. Je zapříčiněno obstrukcí horních cest dýchacích (v nose či nosohltanu) ochabnutím svalů jazyka a měkkého patra, které zúží dýchací cesty (Praško, 2004).

Bruxismus skřípání či cvakání zubů, způsobující mechanické opotřebování zubů nebo až poničení čelistního kloubu. Vyvolané rytmickými stahy žvýkacích svalů (Praško, 2004).

Somnilogie mluvení ze spaní, kdy spící pronáší slova nebo útržky vět (Praško, 2004).

Somnambulismus stav komplexního motorického chování ve spánku. Náměšičnost. Spící provádí složité pohyby, má otevřené oči, vstane i z postele, může opustit místnost. Dovede se vrátit na lůžko, nebo se uloží tam, kde právě je (Praško, 2004).

Spánková opilost je stav se nedokonalého probuzení, provázen dezorientací, zpomalenými reakcemi, motání se. Typicky nastává, je-li člověk probuzen z hlubokého spánku (non-REM 3. a 4. stadia), (Praško, 2004).

Spánková obrna po probuzení se člověk nemůže chvíli pohnout. Přetrvává svalová atonie typická pro REM spánek. Trvá obvykle pár desítek vteřin (Praško, 2004).

Syndrom neklidných nohou při sezení nebo ležení jsou v nohách cítit různé parestzie, někdy až bolestivé. Syndrom brání v usínání. V některých případech se zjistí genetické podmínění (Kalvach, 2004).

Gastroezofageální reflux je zpětný tok žaludečního obsahu ze žaludku do jícnu, zapříčiňuje opakovaná probouzení v průběhu noci (aspirace, pálení v krku, kašel), (Kalvach, 2004).

Obstrukční spánková apnoe spící přestává vícekrát během noci dýchat, což vede k častým procitnutím. Během dne se člověk cítí unavený, pospává, v noci chrápe (Kalvach, 2004).

2.8.2 Spánková hygiena seniorů

Spánkovou hygienou je označován soubor obecných rad lidem, kteří mají obtíže s kvalitou i kvantitou spánku, aniž by muselo jít nutně o příčinu z onemocnění (Landefeld, 2004).

Není-li spánek významně rušen nějakou poruchou, měli bychom se více soustředit především na nefarmakologické postupy (Pidrman, 2005).

- Udržovat pravidelný ranní čas vstávání.
- Vyhnout se dennímu spánku, anebo omezit podřimování v časném odpoledni na dobu kratší než 1 hodinu.
- Vykonávat či zvýšit úroveň aktivity během dne, ale nikoli ve večerních hodinách, nebo těsně před spaním.
- Míra osvětlení (sluneční svit) během dne nebo brzkého večera.
- Dopřát si horkou koupel přibližně dvě hodiny před spaním.
- Vyvarovat se kofeinu, nikotinu a alkoholu ve večerních hodinách.
- Vyhnout se nadměrnému příjmu stravy (těžkého jídla) a tekutin na noc.
- Praktikovat relaxační činnost před spaním. (čtení, procházka)
- Minimalizovat světlo a hluk v ložnici na noc.

2.9 Spánková farmakologie

Lidé, kterým se nedaří nefarmakologické postupy a doporučení k navození spánku se někdy uchylují k řešení farmakologickému. Je nezbytné, aby byla takováto léčiva indikována uvážlivě, po nezbytně nutnou dobu. Je potřeba také zvážit jaký přínos od hypnotik člověk očekává. Není dostačujícím důvodem snaha o pouhé zvýšení počtu hodin spánku (Slíva, 2010).

2.9.1 Hypnotika

Hypnotika patří mezi nejvyužívanější skupinu léků pro poruchy spánku. Působí tlumivě na CNS, vyvolávají totiž ospalost a navozují spánek. V patřičných dávkách pomáhají vyvolat nebo udržet spánek po určitou dobu. Vysoké dávky hypnotik mají narkotický účinek, zatímco dávky nízké mají účinek sedativní. Rozdělujeme pár skupin hypnotik, které jsou chemicky odlišné (Slíva, 2010).

2.9.2 První generace

Působí především na retikulární formace, hypotalamus, thalamus a mozkovou kůru. Součástí této skupiny jsou barbiturátová hypnotika. V současnosti nejsou využívány při nespavosti nebo poruchách spánku, kvůli jejich nespecifickému účinku. Lehce navozují lékovou závislost, vysokou toxicitu a mnohé interakce s jinými léky (Slíva, 2010).

Barbituráty

Deriváty kyseliny barbiturové, působící vysokým tlumivým účinkem na CNS. Působí na úrovni receptorového komplexu GABA (kyseliny gama-aminomáselná). Do poloviny 20. století hojně využívané jako léky na spaní. Využívané také jako sedativa, anestetika a antiepileptika. Ve vybraných zemích jsou v kombinaci s jinými léky používány k euthanasiím a popravám injekcí. V současné době se barbituráty nevyužívají kvůli množství nežádoucích vedlejších účinků a možnosti rychlého návyku (Stone, 2003; Kalvach, 2004).

2.9.3 Druhá generace

Účinkují hlavně na limbický systém. Tuto skupinu tvoří benzodiazepinová hypnotika, nejvíce se přibližují ideálnímu hypnotiku. Zkracuje REM fázi spánku a prodlužuje non-REM fázi. Riziko lékové závislosti je zde menší než u barbiturátů (Slíva, 2010).

Benzodiazepinové deriváty

Benzodiazepiny zvyšují vliv neurotransmiteru GABA, jejich účinek je krom hypnotického efektu také sedativní, anxiolytický, antikonvulzivní a myorelaxanční.

Mohou být návykové, měli by se užívat jen omezenou, krátkou dobu. Můžou zhoršovat kognitivní funkce a kvalitní úroveň vědomí (Stone, 2003; Kalvach, 2004).

2.9.4 Třetí generace

Působí na limbický systém. Neovlivňují REM-spánek, avšak prodlužují non-REM-spánek. Nenarušují paměť či jiné kognitivní funkce, nezpůsobují ospalost během dne. Nevzniká snadná léková závislost, ovšem nelze ji zcela vyloučit (Slíva, 2010).

2.10.1 Neuroleptika

Využívána u seniorů, kteří trpí mozkovým postižením, především pak u pacientů s poruchami spánku trpících demencí. Jsou taktéž podávána na noc při výskytu delirií (Kalvach, 2004).

2.10.2 Antidepresiva

Při insomnii spojené s depresivní symptomatikou v seniorském věku občas postačují ke zvládnutí poruch spánku (Kalvach, 2004).

2.10.3 Antihistaminika

Jsou místy využívána k navození a prohloubení spánku. Mohou ovšem zapříčinit řadu nežádoucích vedlejších účinků (hypotenze, retence moči, zmatenost). Spánek po těchto léčivech nebývá osvěžující (Kalvach, 2004).

2.10.4 Benzodiazepiny nehypnotické

Výjimečně lze užívat na noc krátkodobě působící v případech syndromu neklidných nohou či nočního poklonu, anebo při velké úzkosti rušící usínání (Kalvach, 2004).

3 Praktická část

3.1 Metodika výzkumné práce

Bakalářská práce „Kvalita spánku ve stáří“ je zpracována formou výzkumné práce. Sběr dat byl zajištěn kvantitativním výzkumem dotazníkového šetření. Dotazník se skládal z 16 otázek a obsahoval otázky uzavřené (9), otevřené (2) a částečně otevřené (5). Otázky byly navrženy tak, aby zodpověděly cíle této práce. Dotazník je součástí přílohy E.

3.2 Charakteristika vzorku respondentu

Dotazník byl určen i rozdán lidem starším 60 let. I přesto se ve vzorku objevilo 6 % lidí, kteří tohoto věku v době výzkumu nedosáhli, což bylo v důsledku charakteru prostředí, v němž bylo dotazníkové šetření provedeno. Bylo rozdáno přes 130 dotazníků, přičemž jejich návratnost činila 124 dotazníků.

3.3 Charakteristika výzkumného prostředí

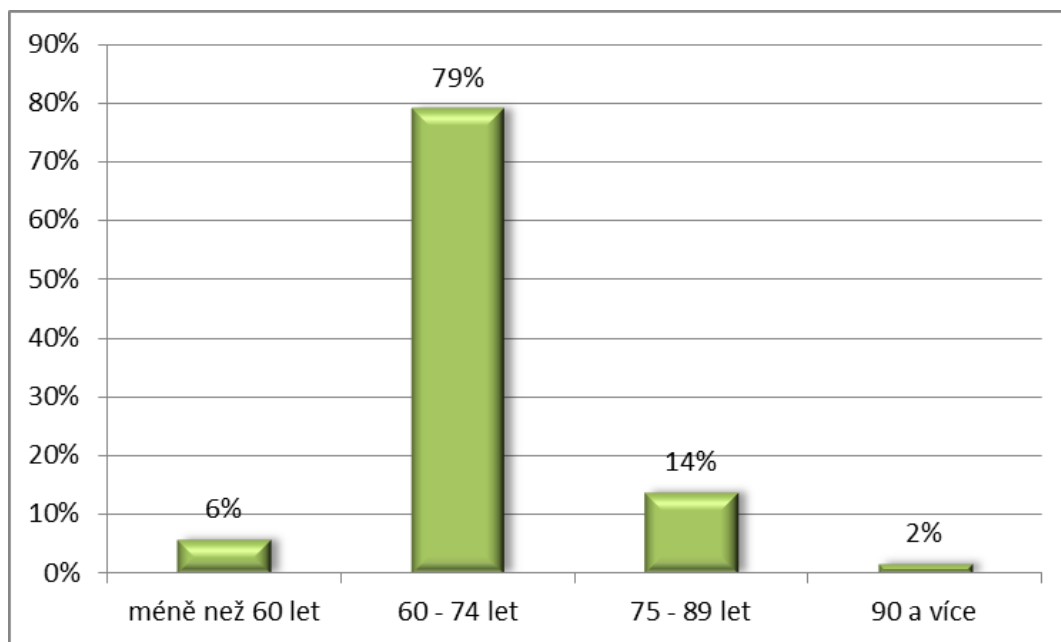
Výzkum byl proveden v Brně na Veterinární a Farmaceutické Univerzitě Brno - Univerzitě třetího věku. Konkrétně na oboru „Člověk a zdravé potraviny“, kde bylo přihlášeno 169 studentů. Bylo zde vyplněno 104 dotazníků. Dotazník byl v malém počtu (20) také rozdán mezi muže a ženy v blízkém sousedství.

Svolení k dotazníkovému šetření na Univerzitě třetího věku Veterinární a Farmaceutické Univerzitě v Brně je součástí přílohy D.

3.4 Vlastní výsledky výzkumu

Tabulka č. 4: Otázka č. 1

Jaký je Váš věk?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 60 let	7	6 %
60 – 74 let	98	79 %
75 – 89 let	17	14 %
90 a více	2	2 %
Celkový součet	124	100 %

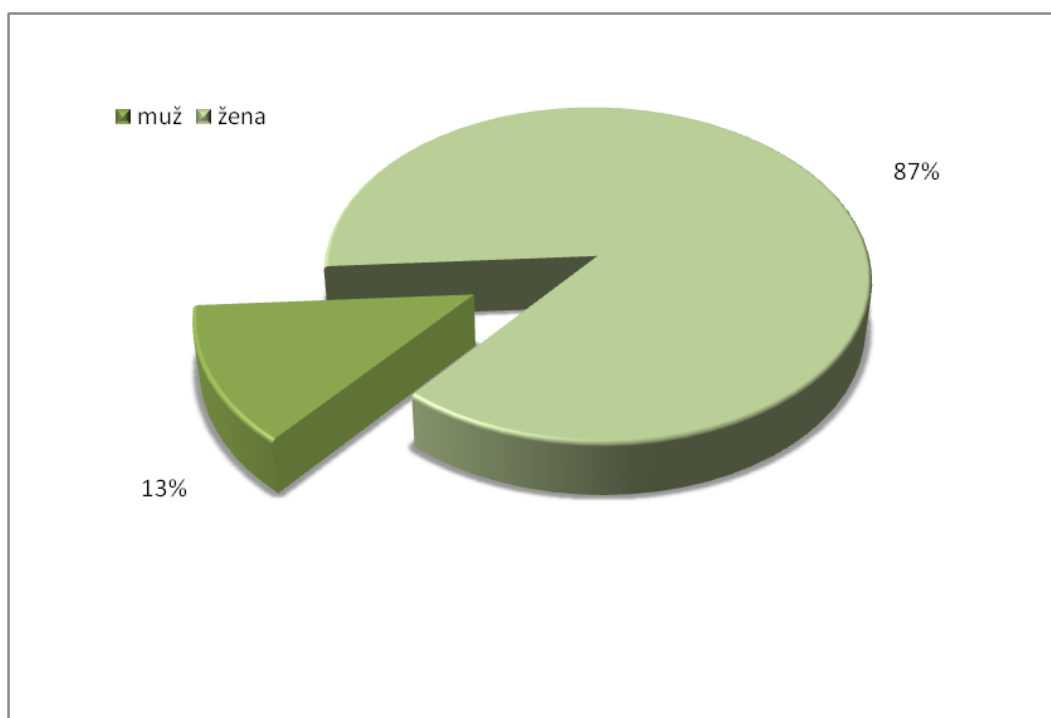


Graf č. 1: Věk respondentů

Pro dotazníkové šetření se podařilo oslovit respondenty ve věkovém rozmezí 60 – 89 let. V celkovém počtu 124 dotazovaných seniorů se vyskytlo 7 respondentů (6 %), kteří svůj věk uvedli jako mladší 60 let. Nejpočetnější věkové rozmezím bylo 60 – 74 let odpovídajících 98 seniorů (79 %). Ve věku 75 – 89 let, 17 seniorů (14 %). U lidí starších 90 let, 2 respondenti (2 %).

Tabulka č. 5: Otázka č. 2

Jste?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Muž	16	13 %
Žena	108	87 %
Celkový součet	124	100 %

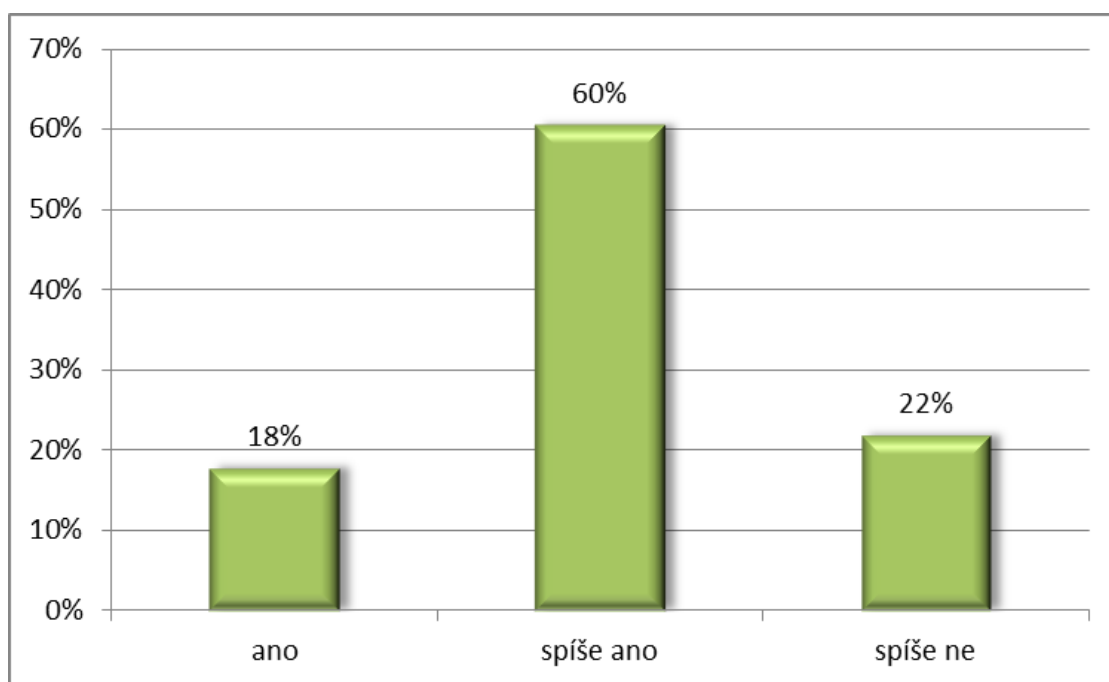


Graf č. 2: Pohlaví respondentů

Pohlaví ve zkoumaném vzorku respondentů je značně nevyrovnané. Dotazník se dostal více k ženám, nežli k mužům, přičemž pro dotazníkové šetření nebyly vybrány skupiny, vzdělávací instituty či domácí zařízení, v nichž by mělo převládat jedno pohlaví. Z celkově zúčastněných 124 seniorů, bylo 16 mužů (13 %) a 108 žen (87 %).

Tabulka č. 6: Otázka č. 3

Chodíte spát pravidelně ve stejnou dobu?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	22	18 %
Spíše ano	75	60 %
Spíše ne	27	22 %
Celkový součet	124	100 %

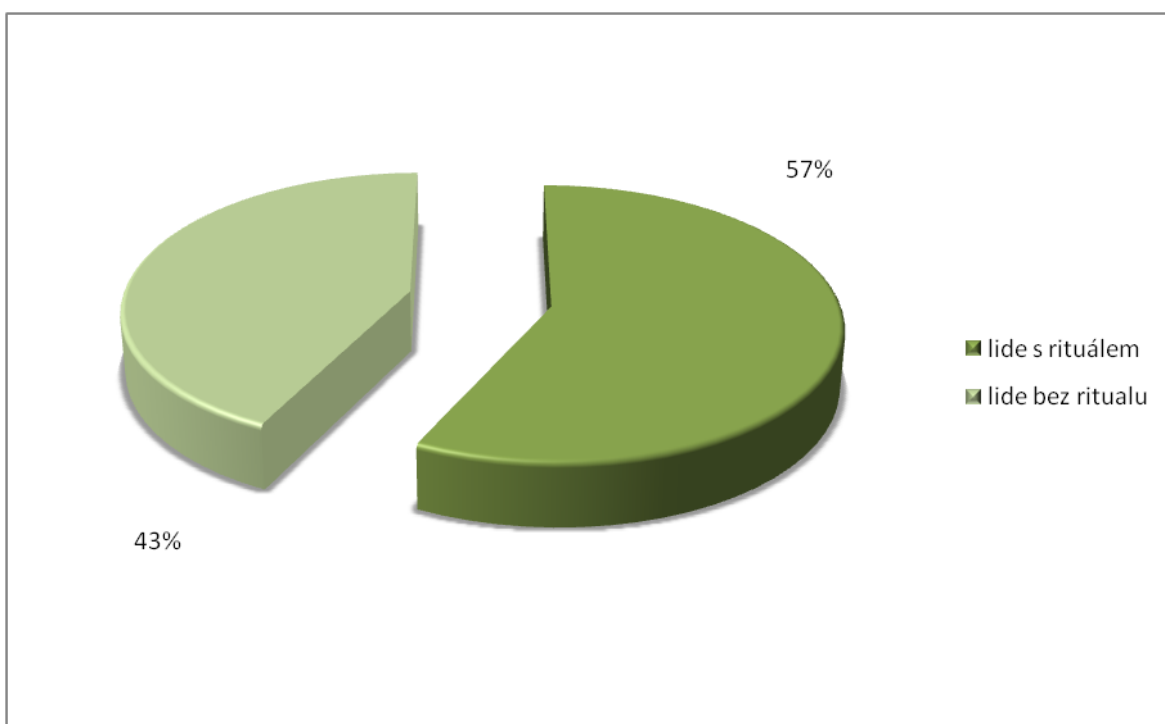


Graf č. 3: Doba ukládání se ke spánku

V tomto grafu lze vidět, jak respondenti dodržují stálost svého ukládání se ke spánku. 22 seniorů (18 %) uvedlo, že dozajista chodí spát ve stejnou dobu. Naproti tomu většina (60 %) 75 seniorů zvolilo variantu pravděpodobnější, ne vždy však dodržovanou. 27 lidí (22 %) s jistotou odpovědělo, že spíše nechodí spát ve stejnou dobu.

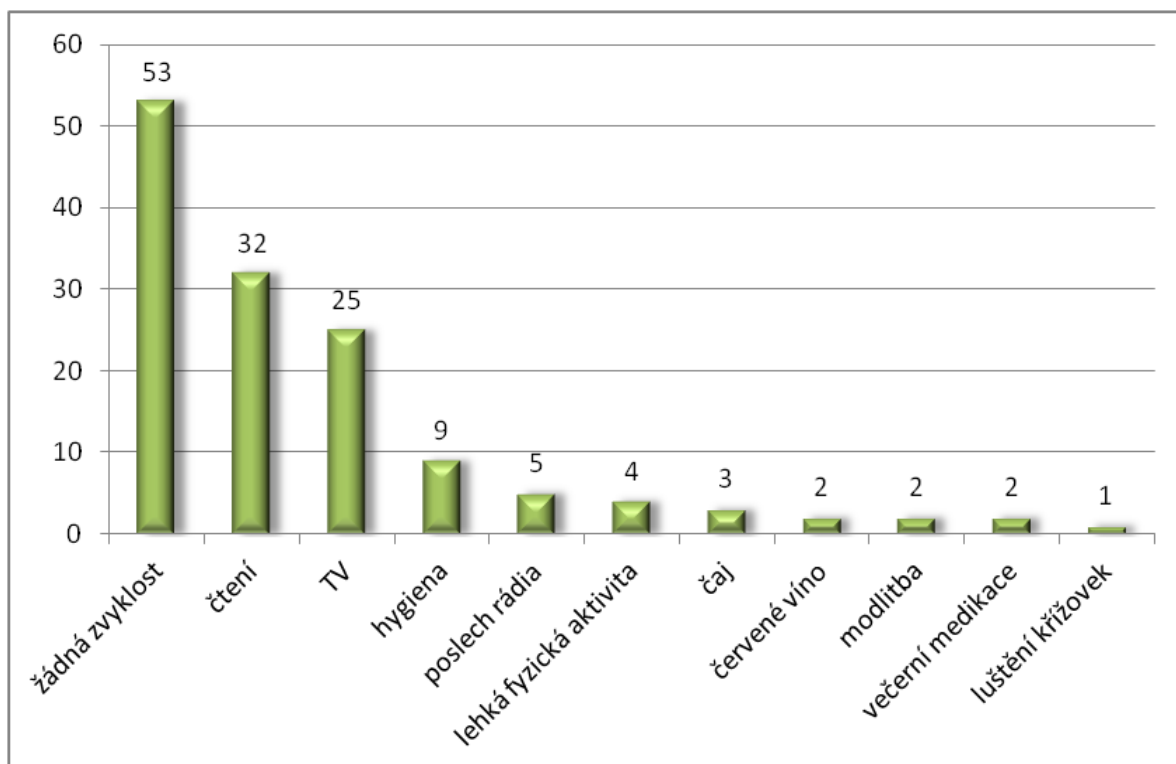
Tabulka č. 7: Otázka č. 4

Máte svou stálou zvyklost, kterou vykonáváte před spaním?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Lidé se zvyklostí	71	57 %
Lidé bez zvyklosti	53	43 %
Celkový součet	124	100 %



Graf č. 4a: Existence rituálu před spaním

Jde o otevřenou otázku, která je rozvedena do dvou grafů. Respondenti buďto zapsali svou zvyklost, nebo otázku vůbec nevyplnili, či zapsaly přímo „žádná“. V grafu č. 4a jsou tedy znázorněni lidé se zvyklostí před spaním, což bylo 71 seniorů (57 %). Bez zvyklosti je 53 respondentů (43 %).

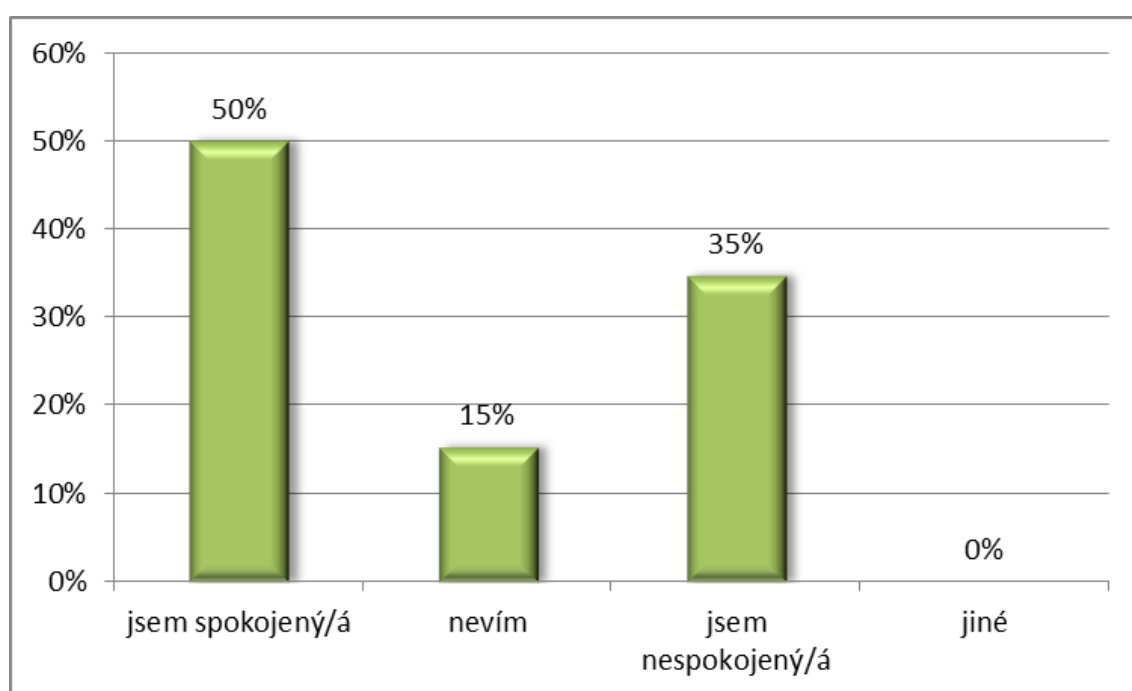


Graf č. 4b: Číselné vyjádření večerních rituálů

Z celkově popsanych zvyklostí jsou vyříděny kategorie, které respondenti zmiňovali. Čísla v grafu nejsou procentuální, nýbrž vyjadřují přímý počet seniorů. Do grafu je zároveň zahrnut počet seniorů, kteří neuvedli žádnou zvyklost. V několika případech uvedli lidé i více zvyklostí. Nejvíce početnou zvyklostí před spaním bylo čtení literatury u 32 seniorů, hned za ní u 25 lidí vedlo sledování televize. Jako svůj rituál bralo 9 lidí hygienu, a 5 poslech rádia. Mírnou fyzickou aktivitu (jako jsou dechové cvičení, cvičení na balonu) zapsali 4 senioři. Tekutinám dává přednost 5 dotazovaných, z čehož 3 byli pro čaj a 2 pro červené víno. Rituálem u 2 seniorů byla modlitba, u dalších 2 večerní medikace jejich léků a 1 respondent uvedl luštění křížovek.

Tabulka č. 8: Otázka č. 5

Jste spokojeni s kvalitou Vašeho spánku?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jsem spokojený/á	62	50 %
Nevím	19	15 %
Jsem nespokojený/á	43	35 %
Jiné	0	0 %
Celkový součet	124	100 %

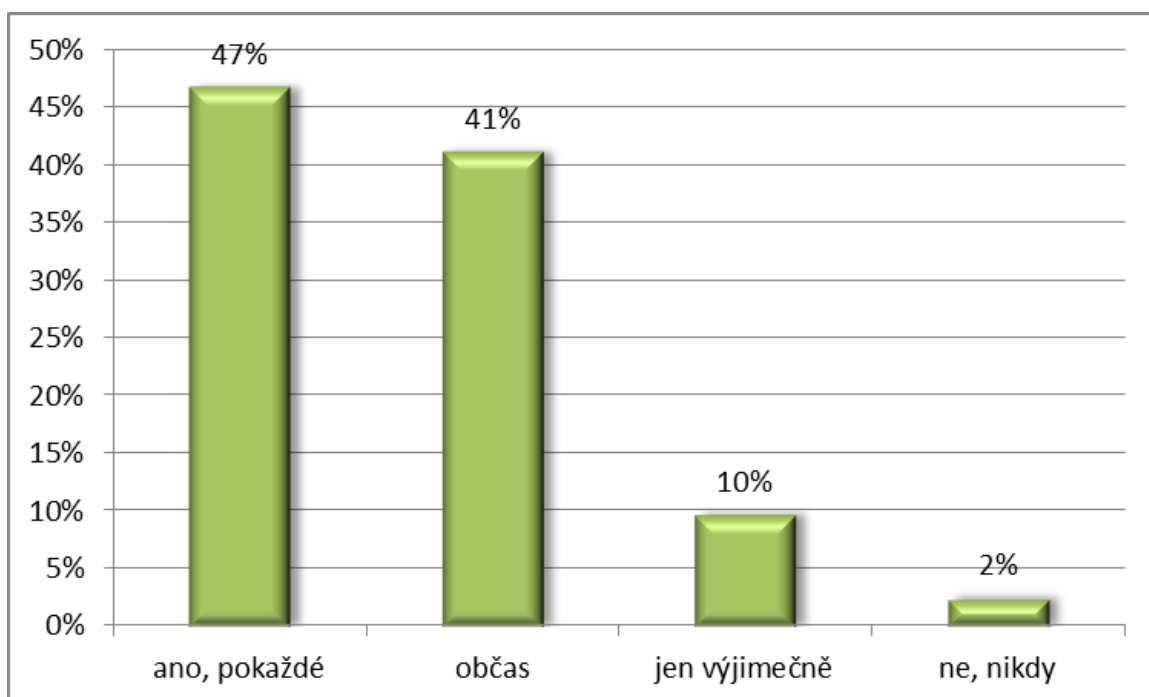


Graf č. 5: Spokojenost s kvalitou spánku

V dotazníku je položena přímá otázka, zdali jsou senioři se svým spánkem spokojeni. 62 seniorů (50 %) odpovědělo, že jsou spokojeni. Nespokojených se projevilo 43 lidí (35 %), a 19 jich nevědělo (15 %), zdali jsou či nejsou spokojeni.

Tabulka č. 9: Otázka č. 6

Probouzíte se během noci?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, pokaždé	58	47 %
Občas	51	41 %
Jen výjimečně	12	10 %
Ne, nikdy	3	2 %
Celkový součet	124	100 %

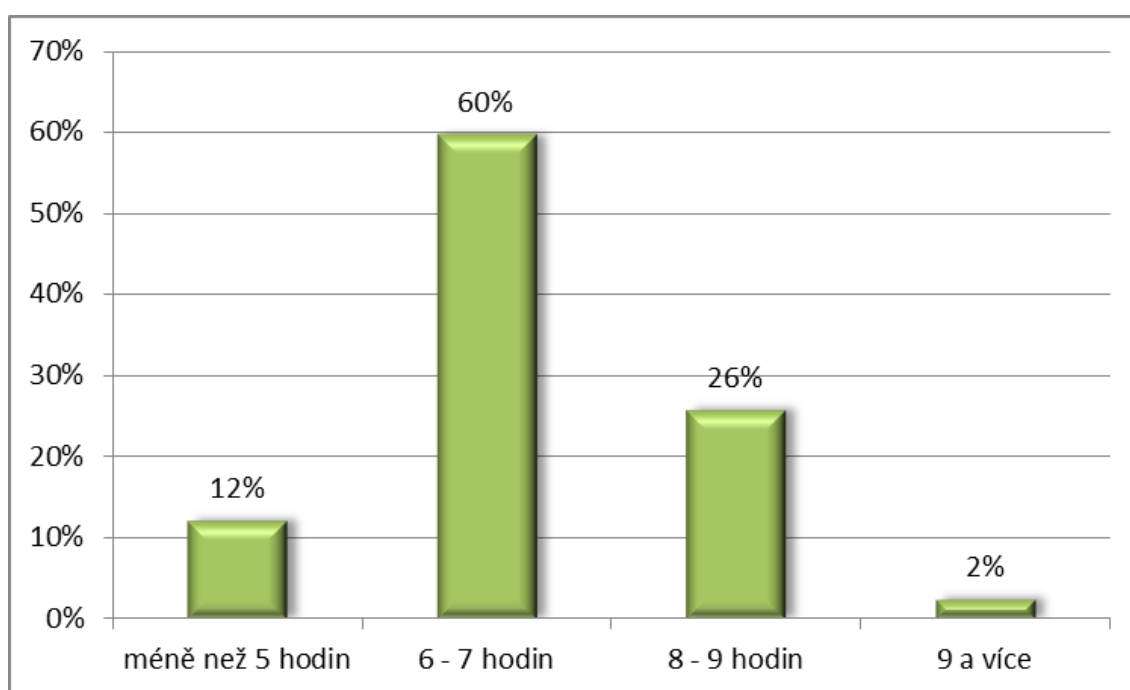


Graf č. 6: Procitnutí během noci

Tento graf ukazuje, že 58 respondentů (47 %) trpí každou noc procitnutím ze spánku. 51 seniorů (41 %) uvedlo, že se jen občas v noci probouzí. 12 nazvalo probouzení jen výjimečně (10 %). Pouze 3 respondenti (2 %) spí v noci bez probuzení.

Tabulka č. 10: Otázka č. 7

Kolik hodin spánku potřebujete?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Méně než 5 hodin	15	12 %
6 – 7 hodin	74	60 %
8 – 9 hodin	32	26 %
9 a více	3	2 %
Celkový součet	124	100 %

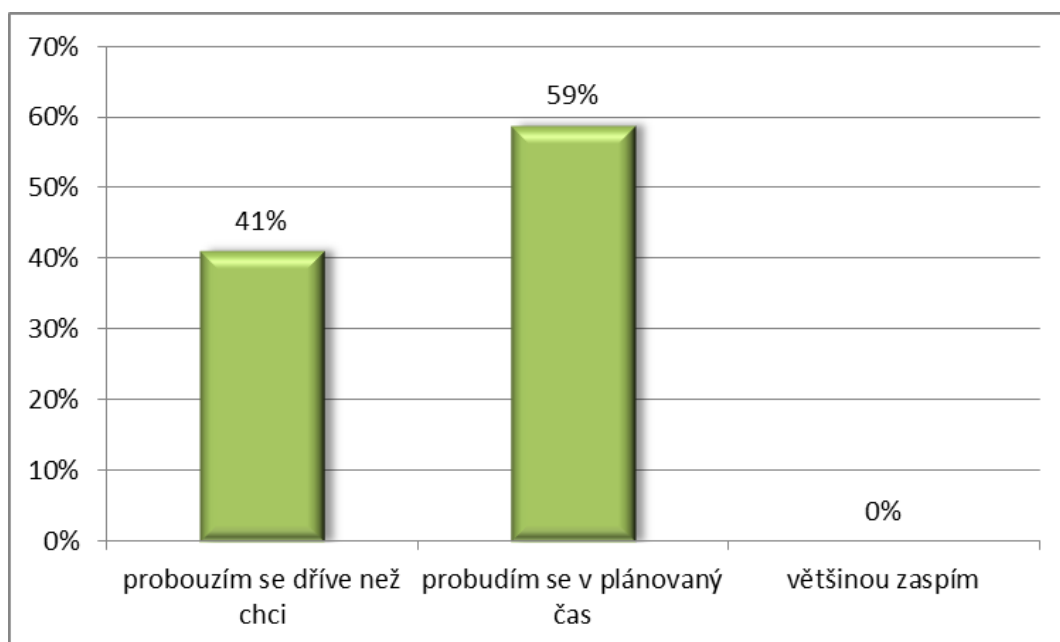


Graf č. 7: Délka spánku

Délka spánku je u každého jedince ryze individuální. Proto není tolik překvapivý fakt, že 15 respondentům (12 %) postačuje méně jak 5 hodin spánku, aby se cítili odpočatě. Délku 6 – 7 hodin uvedlo 74 lidí (60 %), 8 – 9 hodin 32 lidí (26 %). 9 i více hodin přiznali 3 senioři (2 %).

Tabulka č. 11: Otázka č. 8

Kdy se ráno probouzíte?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Probouzím se dříve, než chci	51	41 %
Probudím se v plánovaný čas	73	59 %
Většinou zaspím	0	0 %
Celkový součet	124	100 %

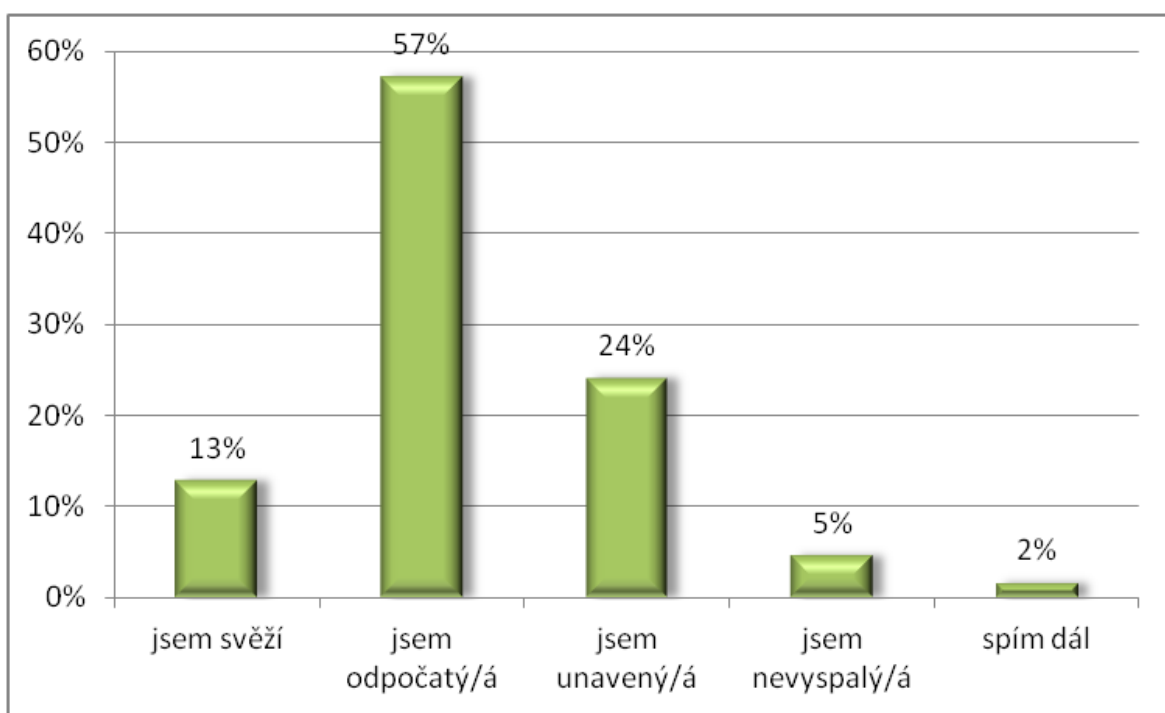


Graf č. 8: Ranní probouzení

Tento graf ukazuje, jak si vedou senioři při ranním vstávání. Časným ranním probouzením trpí 51 dotazovaných (41 %). Oproti tomu 73 seniorů (59 %) se probouzí v naplánovaný čas. Žádný respondent neuvedl, že by spal déle.

Tabulka č. 12: Otázka č. 9

Jak se cítíte ráno po probuzení	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Jsem svěží	17	13 %
Jsem odpočatý/á	76	57 %
Jsem unavený/á	32	24 %
Jsem nevyspalý/á	6	5 %
Spím dál	2	2 %
Celkový součet	133	100 %

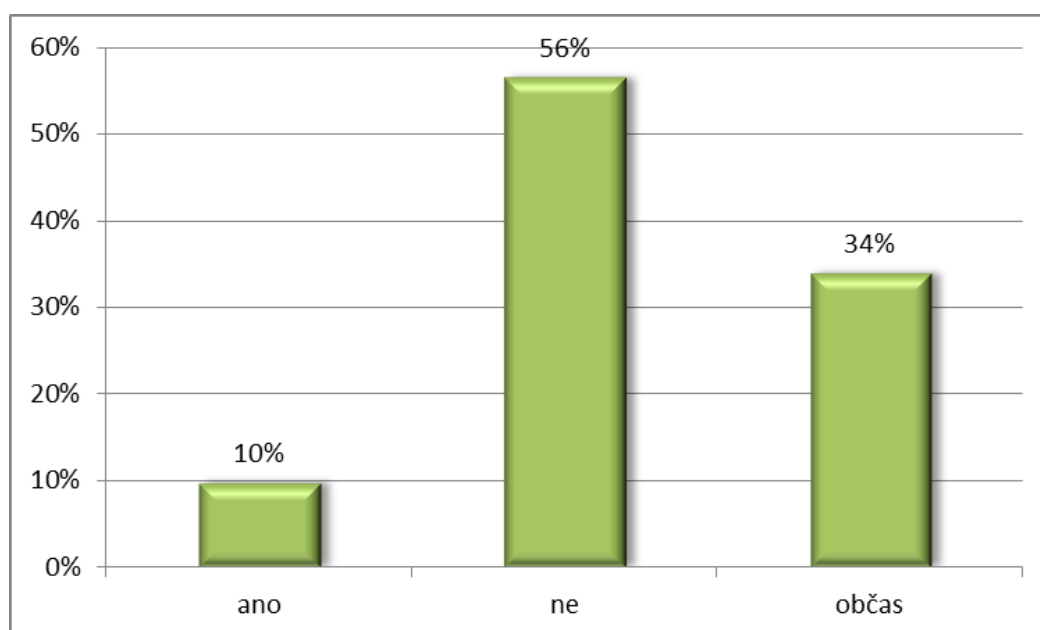


Graf č. 9: Míra odpočinku po probuzení

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí, celkem u ní tedy bylo obsaženo 133 reakcí (100 %). Jako svěží se probouzí 17 seniorů (13 %), jako odpočatých 76 seniorů (57 %). Z negativních citění bylo po probuzení unavených 32 seniorů (24 %), nevyspalých 6 seniorů (5 %). A nutkání po dalším spánku vyjádřili 2 respondenti (2 %).

Tabulka č. 13: Otázka č. 10

Potřebujete spát i během dne?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	12	10 %
Ne	70	56 %
Občas	42	34 %
Celkový součet	124	100 %

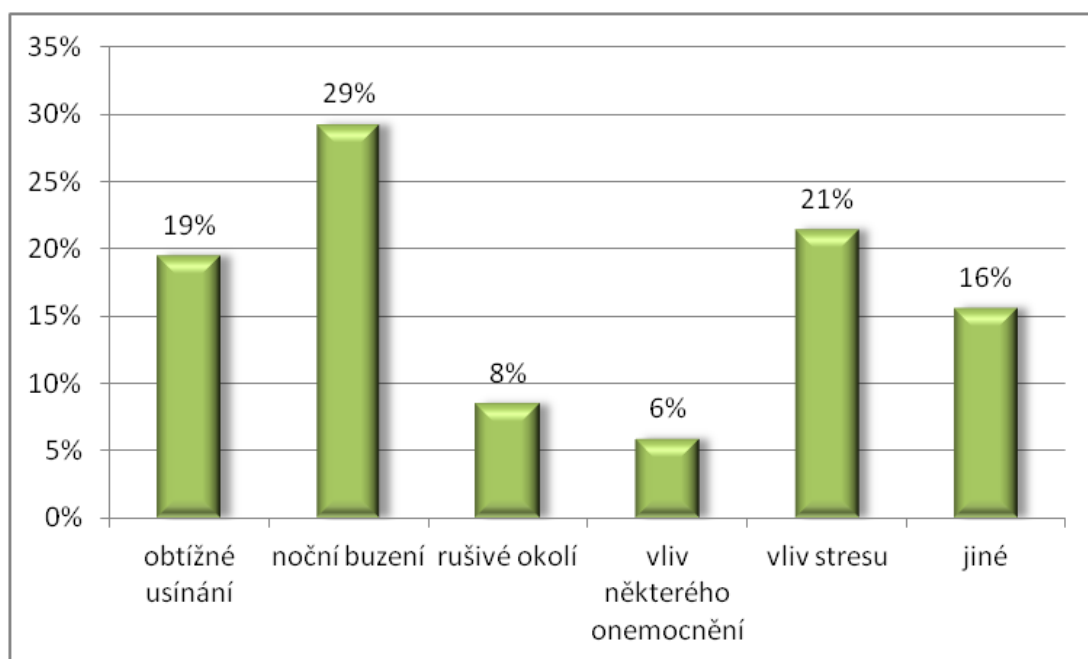


Graf č. 10: Spánek během dne

V tomto grafu jasně vidíme, že 12 seniorů (10 %) potřebuje spát i během dne prakticky každý den. Oproti tomu 70 seniorů (56 %) během dne spánek nepotřebuje. A 42 seniorů (34 %) uvedlo, že přes den spí jen občas.

Tabulka č. 14: Otázka č. 11

Narušuje něco z následující nabídky Váš spánek?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Obtížné usínání	30	19 %
Noční buzení	45	29 %
Rušivé okolí	13	8 %
Vliv některého onemocnění	9	6 %
Vliv stresu	33	21 %
Jiné	24	16 %
Celkový součet	154	100 %

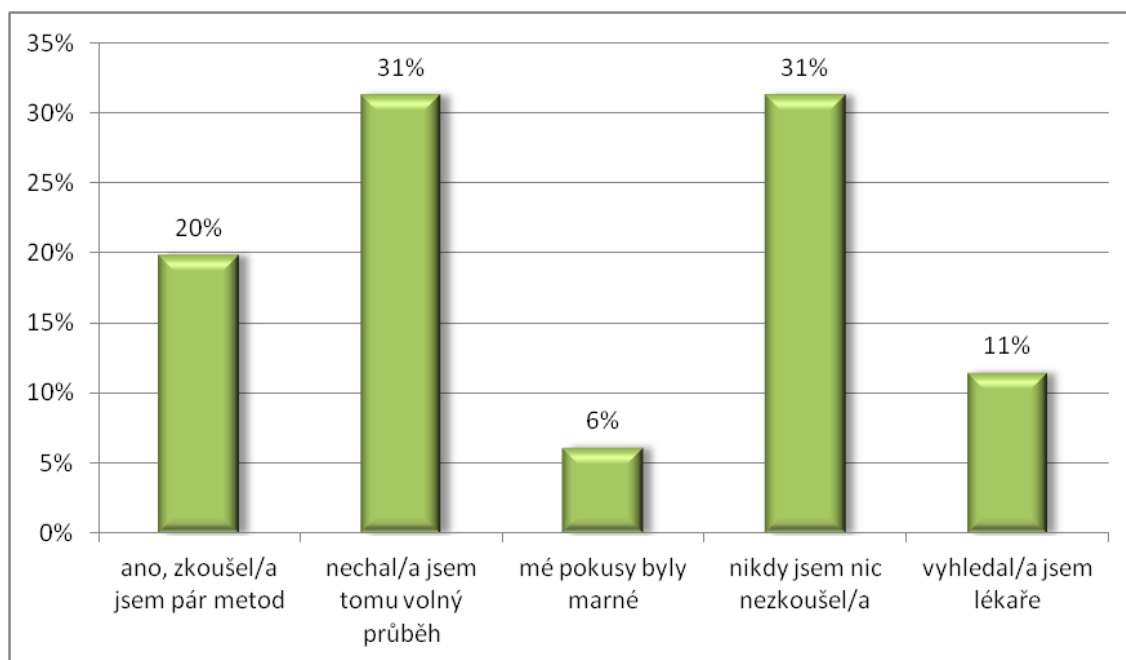


Graf č. 11: Příčiny narušující kontinuitu spánku

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí, celkem u ní tedy bylo obsaženo 154 reakcí (100 %). Potíže s usínáním uvedlo 30 seniorů (19 %), noční buzení trápí 45 dotazovaných (29 %). Kontinuitu spánku dále narušují elementy jako: rušivé okolí u 13 lidí (8 %), vliv některého onemocnění u 9 lidí (6 %), vliv stresu u 33 lidí (21 %). 24 lidí (16 %) zvolilo možnost jiné.

Tabulka č. 15: Otázka č. 12

Zkoušeli jste sami zkvalitnit svůj spánek?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, zkoušel/a jsem pár metod	26	20 %
Nechal/a jsem tomu volný průběh	41	31 %
Mé pokusy byly marné	8	6 %
Nikdy jsem nic nezkoušel/a	41	31 %
Vyhledal/a jsem lékaře	15	11 %
Celkový součet	131	100 %

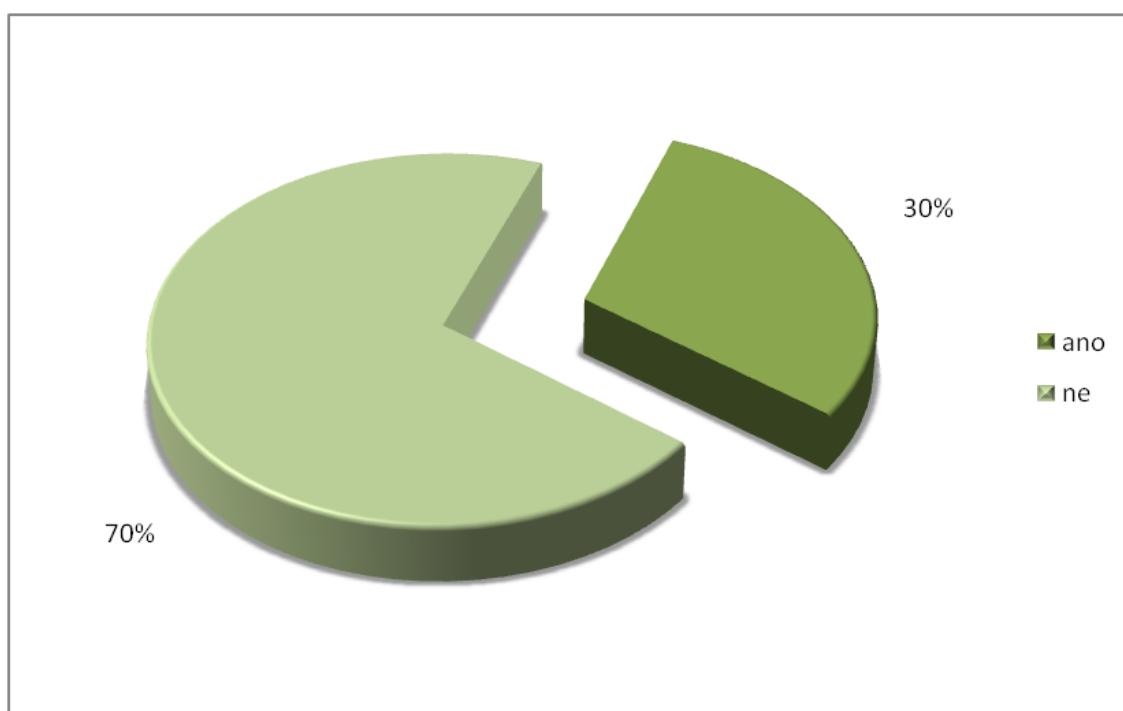


Graf č. 12: Snaha o zkvalitnění spánku svépomocí

U této otázky bylo možné zvolit více odpovědí, celkem u ní tedy bylo obsaženo 131 reakcí (100 %). Seniorů, kteří vyzkoušeli své metody ke zkvalitnění spánku, bylo 26 (20 %). 41 seniorů (31 %) se rozhodlo nechat svému spánku volný průběh. Marné pokusy se vyskytly u 8 seniorů (6 %). Snahu neprojevalo 41 seniorů (31 %). Odbornou pomoc lékaře vyhledalo 15 respondentů (11 %).

Tabulka č. 16: Otázka č. 13

Řešíte své obtíže se spánkem pomocí léčiv?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano	37	30 %
Ne	87	70 %
Celkový součet	124	100 %

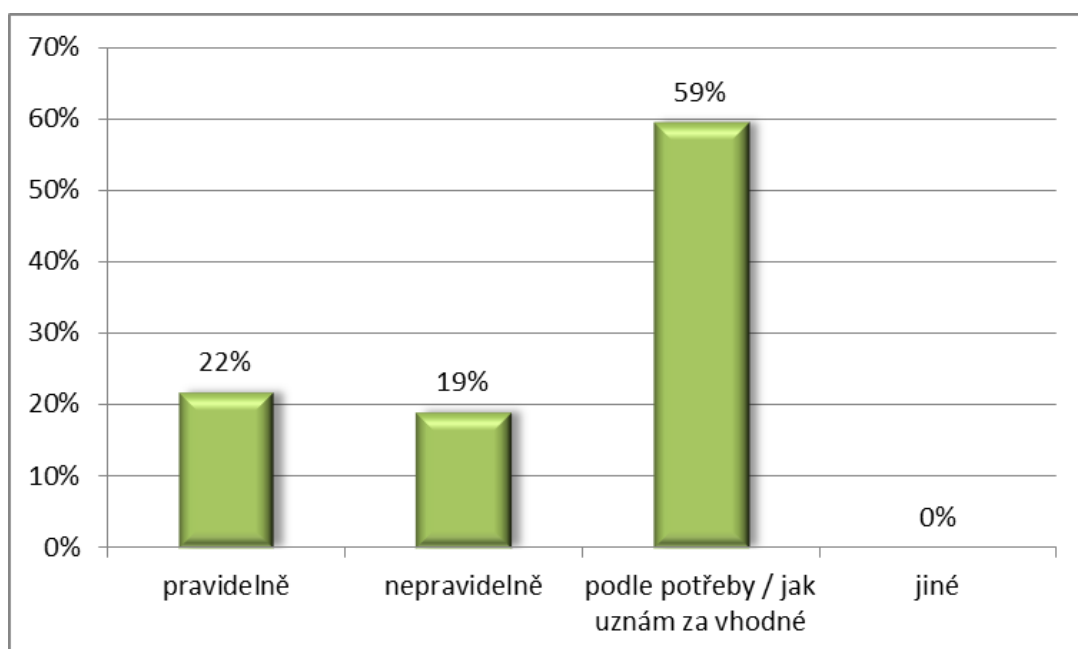


Graf č. 13: Užívání léků na spaní

Graf znázorňuje počty respondentů, dle jejich rozhodnutí využívat léky k řešení potíží se spánkem. Léky využívá 37 dotazovaných (30 %). Seniorů, kteří léčiva nepoužívají je 87 (70 %).

Tabulka č. 17: Otázka č. 14

Jak často užíváte své léky na spaní?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Pravidelně	8	22 %
Nepravidelně	7	19 %
Podle potřeby / jak uznám za vhodné	22	59 %
Jiné	0	0 %
Celkový součet	37	100%

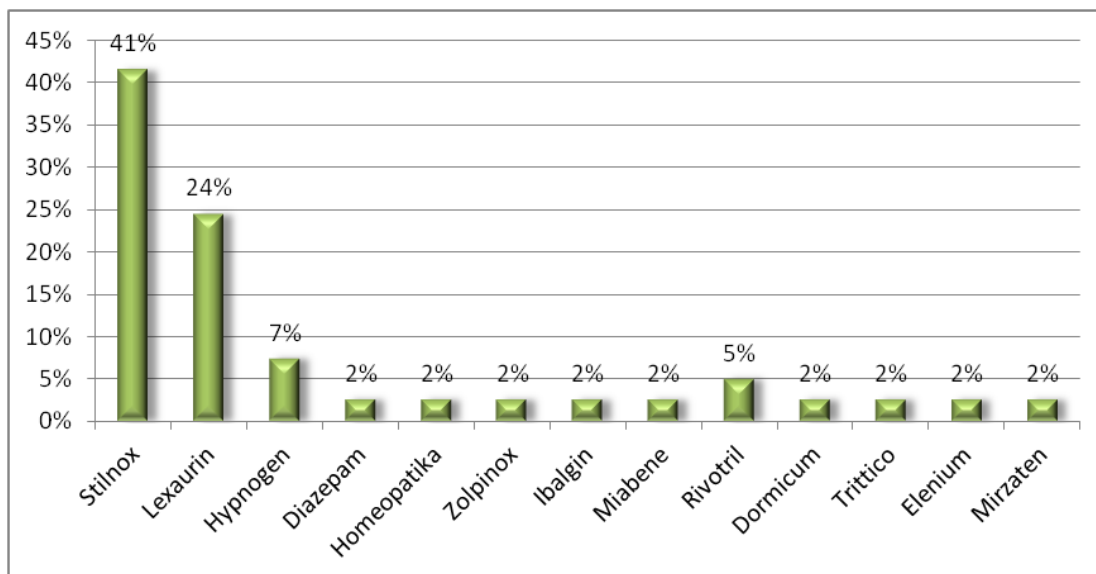


Graf č. 14: Užívání léčiv na spaní

Následující otázka byla pro respondenty, jež odpověděli kladně na otázku č. 13, což bylo 37 dotazovaných (100 %). Z nasbíraných dat vyplývá, že pravidelně své léky na spaní užívá 8 seniorů (22 %). Nepravidelné užívání připustilo 7 lidí (19 %). Dle potřeby využívá své léky 22 seniorů (59 %). Jiné intervaly nebyly zaznamenány.

Tabulka č. 18: Otázka č. 15

Název léku	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Stilnox	17	41.46 %
Lexaurin	10	24.39 %
Hypnogen	3	7.39 %
Diazepam	1	2.44 %
Homeopatika	1	2.44 %
Zolpinox	1	2.44 %
Ibalgin	1	2.44 %
Miabene	1	2.44 %
Rivotril	2	4.88 %
Dormicum	1	2.44 %
Trittico	1	2.44 %
Elenium	1	2.44 %
Mirzaten	1	2.44 %
Celkový součet	41	100 %

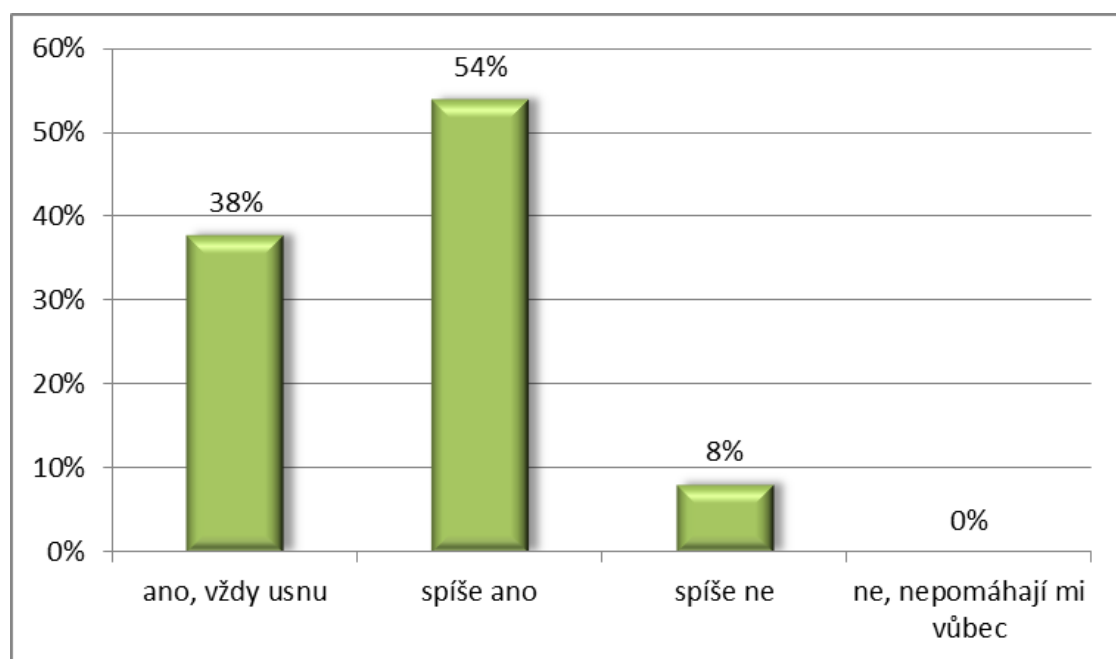


Graf č. 15: Farmaka respondentů

Tato otevřená otázka byla pro respondenty, jež odpověděli kladně na otázku č. 13. Z 37 dotazovaných 7 lidí uvedlo dvě farmaka. Z grafu lze vyčíst, že nejvíce používaným léčivem byl Stilnox zaznamenán u 17 seniorů (41,46 %). Na druhém místě je Lexaurin s využitím u 10 dotazovaných (24,39 %). Hypnogen uvedli 3 senioři (7,39 %), Rivotril 2 senioři (4,88 %). Zbytek léků neměl ve zkoumaném vzorku respondentů velké zastání.

Tabulka č. 19: Otázka č. 16

Jsou Vaše léky účinné?	Absolutní četnost	Relativní četnost (%)
Ano, vždy usnu	14	38 %
Spíše ano	20	54 %
Spíše ne	3	8 %
Ne, nepomáhají mi vůbec	0	0 %
Celkový součet	37	100 %



Graf č. 16: Účinky léků

Poslední otázka dotazníku byla opět směřována na respondenty, kteří odpověděli kladně na otázku č. 13, což bylo 37 dotazovaných (100 %). Z informací tohoto grafu lze vyvodit, že 14 seniorů (38 %) má pozitivní zkušenosti se svými léky a vždy po jejich užití usnou. 20 seniorů (54 %) uvedlo, že jejich léky nejsou zcela vždy účinné. Spíše neúčinnými označili své léky 3 senioři (8 %). Nebyla zaznamenána žádná odpověď, která by tvrdila naprosté selhání léku.

4 Diskuze

V úvodu této práce byly stanoveny dva cíle a dvě hypotézy. Prvním a hlavním cílem bylo zjistit, zda jsou senioři spokojeni s kvalitou svého spánku.

Hypotéza k tomuto cíli zněla, že většina dotazovaných seniorů bude nespokojená s kvalitou svého spánku. Domnívala jsem se, že faktorů, jež ovlivňují spánek je mnoho a starší, v mnohých případech i oslabený, organismus člověka se jim jen hůře přizpůsobuje. Pro tento cíl posloužily v dotazníku otázky č.: 3, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 10, 11, 12. Ovšem v dotazníku byla zároveň položena přímá otázka, zdali jsou respondenti spokojeni s kvalitou svého spánku. Na tuto otázku odpovědělo 50 % dotazovaných kladně, kteří byli se svým spánkem spokojeni. 35 % respondentů bylo nespokojených, a 15 % nevědělo.

Z tohoto by bylo možné odvodit, že pokud respondent označil možnost „Nevím“, nikoli „Jsem spokojený/á“, mohli bychom těchto 15 % považovat za variantu nespokojenosti, čímž by nám vyšlo 50 % respondentů, kteří nejsou zcela se spánkem spokojeni. Tímto bychom dospěli k nerozhodnému výsledku 50 % lidí s kvalitou svého spánku spokojených a 50 % nespokojených.

Avšak těchto 15 % je bráno jako nerozhodných, kteří se nevyjádřili. Ve vzorku respondentů tedy převažuje 50 % dotazovaných, kteří jsou se svou kvalitou spokojeni. Hypotéza nebyla potvrzena.

Druhý a vedlejší cíl bylo zjistit, zda senioři využívají k navození spánku farmaka.

Hypotéza pro tento cíl zněla, že dotazovaní senioři využívají spánkovou farmakologii minimálně. Domnívala jsem se, že lidé budou více upřednostňovat nefarmakologické postupy, pro navození spánku či podpory jeho kvality bez jejich ochoty stát se závislými na dodávání specifických léků. Pro tento cíl byly použity otázky č.: 13, 14, 15, 16.

V otázce, zda respondenti využívají léčiva, odpovědělo 30 % kladně (37 seniorů). Z toho celých 59 % uvedlo (22 seniorů), že léky využívají podle potřeby, kdy sami uznají za vhodné. Pouze 22 % (8 seniorů) užívá léky na spaní pravidelně.

Tedy v závěru senioři využívají farmaka k navození spánku jen málo, když uznají za vhodné. Hypotéza se potvrdila.

5 Závěr

Tato bakalářská práce se věnuje problematice kvality spánku ve stáří. V životě narážíme na mnohé strasti a komplikace a to poslední po čem by člověk toužil je nemoci se na tyto potíže připravit obnovou sil psychických i fyzických, právě díky spánku. V této práci je nastíněn

Práce je složena z pěti kapitol. V teoretické části se postupně věnujeme charakteristice stárnutí, stáří a periodizaci s ním spojené. Je zde podrobně vyličen spánek, od jeho historie, charakteristiky až po fyziologické vlastnosti a průběžné změny během lidského života. Rovněž je zde popsán odpočinek, usínání a některé zvláštní spánkové jevy. Dále jsou v práci vyjmenovány některé nefarmakologické postupy, které by mohly přispět ke zkvalitnění spánku. Poslední pasáž teoretické části je věnovaná spánkové farmakologii. Hypnotika a další farmaka nehypnotických skupin, jako jsou neuroleptika, antidepresiva, antihistaminika.

Účelem praktické části bylo zodpovědět otázky položené jako cíle této práce. Byl stanoven jeden hlavní cíl a jeden vedlejší. Hlavní cíl se týkal spokojenosti respondentů s kvalitou svého spánku. Vedlejší cíl měl zjistit, v jaké míře respondenti využívají farmaka ke zlepšení svého spánku.

Z dotazníku jsme se dozvěděli, že respondenti byli nejčastěji ve věku 60 – 74 let. Pohlaví, které převládalo, byly ženy (87 %). Spát v pravidelnou dobu chodí 60 % lidí. Stálou zvyklost má 57 % seniorů, z čehož nejběžnější bylo čtení. Potřeba spánku se nejvíce pohybovala kolem 6 – 7 hodin (60 %). 59 % respondentů se probouzí v plánovaný čas a po probuzení převládal z celkového počtu, pocit odpočinutí (57 %). S kvalitou spánku bylo spokojených 50 % dotazovaných, i přes to, že 47 % se jich každou noc probouzí. Během dne pak pociťovalo nutkání spát pouze 10 % respondentů. Hypotéza byla vyvrácena.

I přes působící negativní vlivy, dokáže naše starší generace dobře spát a dokonce se po spánku cítit odpočatě. „Samozejmě to není, co to bývalo“, řekne mnoho starších lidí, kterých se zeptáte. Nicméně je obdivuhodné, že se dokážou sžít se svým údělem a dokonce jej akceptovat a přizpůsobit se mu.

Dále víme, že spánek dotazovaným seniorům narušovalo nejčastěji noční buzení, vliv stresu a obtížné usínání. 11 % lidí vyhledalo odbornou pomoc lékaře. A pro

farmakologickou výpomoc se rozhodlo 30 % seniorů. Z čehož se ukázalo, že pouze dle potřeby ji využívá celých 59 % lidí, přičemž nejčastěji byl užíván Stilnox a Lexaurin. Vlastnosti medikament byly ve většině případů kladné (92 %). Hypotéza byla potvrzena.

Spousta lidí uplatňuje, že pokud nemusí, nebudou brát prášky. A přesně takto to vidí i senioři ze zkoumaného vzorku. 70 % seniorů léky na spaní neužívá a zbylých 30 % k nim sáhne, jen když to považují za nezbytné, jinak pravidelné užívání bylo pouze u 8 dotazovaných. Z toho tedy vyplývá, že léky jsou využívány, pokud je nastalá probdělá situace neúnosná. Jinak si lidé snaží pomoci sami, nějakými přírodními způsoby, či problematice nevěnují žádné úsilí.

Kvalita spánku ovlivňuje náš život. Koho by bavily vycházky přírodou, zájmové činnosti, nebo dokonce i posezení s přáteli, kdyby byl člověk nevyspalý, unavený a psychicky vyčerpaný? Je jasné, že vše neovlivníme. Mnohé faktory jsou dány vnitřně a ty lze ovlivnit jen minimálně. Určitě však nic člověk nepokazí pokusem o dodržování spánkové hygieny, a když na to přijde, tak i vhodnou medikací.

Poznatky z této práce mohou být využity ve výuce na Univerzitách třetího věku, nejen v Brně, kdy byl výzkum proveden, ale i v jiných školách. Taktéž by bylo možno vytvořit edukační brožurku o zásadách, které by měly být dodržovány před usínáním i spánkem, které by mohly být umístěny do čekáren ordinací.

21. března je Mezinárodní den zdravého spánku, kdy by mohly být využity poznatky v rámci některých osvětových akcí.

6 Seznam použité literatury

1. AMBLER, Zdeněk. *Základy neurologie: Učebnice pro lékařské fakulty*. 6. vyd. Praha: Galén, 2006. 351 s. ISBN 80-7262-433-4.
2. AUSTAD, N. Steven. *Proč stárneme: Proměny lidského těla*. 1. vyd. Praha: Mladá fronta, 1999. 208 s. ISBN 80-204-0804-5.
3. KASSIN, M. Saul. *Psychologie*. 1. vyd. Brno: Computer Press, 2007. 137 s. ISBN 978-802-5117-163.
4. KALVACH, Z.; ZADÁK Z.; JIRÁK, Z.; ZAVAZALOVÁ, H.; SUCHARDA, P. a kolektiv: *Geriatric a Gerontologie*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2004. 864 s. ISBN 80-247-0548-6.
5. KELNAROVÁ, Jarmila a kolektiv. *Ošetrovatelství pro asistenty – 2. ročník / 1. díl*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2009. 180 s. ISBN 978-80-247-3105-6.
6. LANDEFELD, C. Seth ...[et]. *Current geriatric: diagnosis & treatment*. New York: Lange Medical Books/McGraw-Hill, 2004. 600 s. ISBN 00-713-9924-0.
7. LAVERY, Sheila. *Léčivá síla spánku*. 1. vyd. Praha: Knižní klub, 1998. 168 s. ISBN 80-7180-414-2.
8. NEVŠÍMALOVÁ, Soňa; ŠONKA, Karel. *Poruchy spánku a bdění*. 2. dopl. a přepr. vyd. Praha: Galén, 2007. 345 s. ISBN 978-807-2625-000.
9. PETRÁČKOVÁ, V; KRAUS, J. a kolektiv. *Akademický slovník cizích slov: [A-Ž]*. 1. vyd. Praha: Academia, 1997, 834 s. ISBN 80-200-0607-9.
10. PIDRMAN, Vladimír; KOLIBÁŠ, Eduard. *Změny jednání seniorů*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 189 s. ISBN 80-7262-363-X.

11. PRAŠKO, Ján; Kateřina ESPA-ČERVENÁ; ZÁVĚŠICKÁ Lucie. *Nespavost: zvládání nespavosti*. 1. vyd. Praha: Portál, 2004. 102 s. ISBN 80-717-8919-4.
12. ŘÍČAN, Pavel. *Cesta životem*. 2. vyd. Praha: Portál, 2004. 390 s. ISBN 80-7367-124-7.
13. SLÍVA, Jiří; VOTAVA Martin. *Farmakologie*. 1. vyd. Praha: Triton, 2010, 238 s. ISBN 978-807-3874-247
14. STONE, Trevor; DARLINGTONOVÁ, Gail. *Léky, drogy, jedy*. 1. vyd. Praha: Academia, 2003. 440 s. ISBN 80-200-1065-3.
15. TOPINKOVÁ, Eva. *Geriatric pro praxi*. 1. vyd. Praha: Galén, 2005. 270 s. ISBN 80-7262-365-6.
16. TRACHTOVÁ, Eva. *Potřeby nemocného v ošetrovatelském procesu*. 2. vyd. Brno: IDVPZ, 2001. 185 s. ISBN 80-701-3324-4.
17. VENGLÁŘOVÁ, Martina. *Problematické situace v péči o seniory: Příručka pro zdravotnické a sociální pracovníky*. 1. vyd. Praha: Grada Publishing, a.s., 2007. 96 s. ISBN 978-80-247-2170-5.

Seznam webových zdrojů

18. BRAIN - SOULTHERAPY S. R. O.: *Spánek, jeho význam a vlastnosti* [online]. 2008 [cit. 2012-05-14]. Dostupné z: <http://www.brain-soultherapy.cz/slovník/11-spanek-jeho-vyznam-a-vlastnosti.html>
19. LOUŽECKÝ, Pavel.: *POZITIVNÍ-NOVINY. Senioři, důchodci, penzisté, třetí věk, 60+ ... aneb Zrádné názvosloví?* [online]. 2008 [cit. 2012-05-14]. Dostupné z: <http://www.pozitivni-noviny.cz/cz/clanek-2008070084>.

Seznam příloh

- A M. Venglářová, 2007: Změny ve stáří**
- B E. Trachtová, 2008: Faktory podílející se na ovlivnění spánku a odpočinku**
- C Lavery, 1998: Charakteristika spánkových stádií**
- D Svolení k dotazníkovému šetření na U3V**
- E Dotazník k získání údajů pro bakalářskou práci**

PŘÍLOHA A:

Tabulka 1. - M. Venglářová, 2007: Změny ve stáří

Tělesné změny	Psychické změny	Sociální změny
Změny vzhledu	Zhoršení paměti	Odchod do penze
Úbytek svalové hmotnosti	Obtížnější osvojování nového	Změna životního stylu
Změny termoregulace	Nedůvěřivost	Stěhování
Změny činnosti smyslů	Snížená sebedůvěra	Ztráty blízkých osob
Degenerativní změny kloubů	Suggestibilita	Osamělost
Kardiopulmonální změny	Emoční labilita	Finanční obtíže
Změny v trávicím systému (trávení, vyprazdňování)	Změny vnímání	-
Změny vylučování moči (častější nucení)	Zhoršení úsudku	-
Změny sexuální aktivity	-	-

PŘÍLOHA B:

Tabulka 2 - E. Trachtová, 2008: Faktory podílející se na ovlivnění spánku a odpočinku

Fyziologicko-biologické faktory	Psychicko-duchovní faktory	Sociálně-kulturní faktory	Faktory životního prostředí
Věk	Úzkost, strach, nejistota	Mezilidské vztahy	Nadměrný hluk
Nemoc, bolest	Nedostatek činnosti, nuda	Disharmonie v rodině	Stav ovzduší, tlak vzduchu
Strava, tekutiny	Ztráta smyslu života	Pracovní problémy	Světlo
Pohyb, aktivita	-	Finanční problémy	Teplota
Změna způsobu života	-	-	Nevyhovující prostředí, zařízení

PŘÍLOHA C:

Tabulka 3 – Lavery, 1998: Charakteristika spánkových stádií

	nREM-spánek (stadium 1 a 2) – lehký spánek	nREM-spánek (stadium 3 a 4) – hluboký spánek	REM-spánek
Fyziologické změny	▪ Nevelká svalová relaxace ▪ Koulení očima	▪ Uvolnění růstového hormonu ▪ Přestavba krevních buněk a tělesných tkání, obzvláště kůže ▪ Obnovení hladiny energie	▪ Nepravidelný dech a tepová frekvence ▪ Zvýšení krevního průtoku mozkem a obnovení hladiny bílkovin v mozku ▪ Kolísání TK ▪ Rychlé pohyby očí ▪ Záškuby v obličeji ▪ Malé pohyby tělem ▪ Zvýšení uvolňování testosteronu ▪ U žen zvýšené prokrvení vaginy, u mužů erekce
Změny ve vědomí	▪ Předchází ospalost a méně logické myšlení ▪ Hypnagogické záškuby ▪ Sny, které si při probuzení pamatujeme	▪ Obtížná probuditelnost ▪ Žádné vědomé myšlenky ▪ Trochu snění ▪ Po probuzení si nepamatujeme sny ani jiné události během spánku	▪ Jednoduchá probuditelnost ▪ Žádné vědomé myšlenky ▪ Většina snů ▪ Sny, které si při probuzení pamatujeme
Spánkové poruchy	▪ Většina nočního pomočování a některé mluvy ze sna ▪ Skřípání zuby	▪ Náměsíčnost ▪ Mluvení ze sna ▪ Noční děsy	▪ Noční můry ▪ Mluvení ze sna

Individuální spánkové potřeby	▪ U lidí s krátkým spaním je tohoto spánku velmi málo	▪ U lidí s krátkým spaním je délka tohoto spánku téměř normální ▪ Větší potřeba během těhotenství, dospívání, po cvičení či nedostatku spánku, u lidí s nadměrnou funkcí štítné žlázy ▪ Menší potřeba u lidí s nedostatečnou funkcí štítné žlázy	▪ U lidí s krátkým spaním je délka tohoto spánku téměř normální
Standardní změny během noci	Snížení tělesné teploty; uvolňování melatoninu; svalová relaxace; zpomalení srdeční frekvence; snížení zažívací a vylučovací aktivity; snížení krevního tlaku; snížení uvolňování adrenalinu		

PŘÍLOHA D:

Svolení k dotazníkovému šetření na U3V

-----Original Message-----

From: Verunka Staňková [mailto:stankova.veu@centrum.cz]

Sent: Friday, April 13, 2012 2:47 AM

To: temelovav@vfu.cz

Subject: U3V - žádost

Dobry den paní Temelová,

jsem studentkou Vysoke Školy Polytechnicke v Jihlavě, oboru všeobecná sestra. Rada bych se Vás zeptala, zdali je možné provést na Veterinární a Farmaceutické Univerzitě Brno - Univerzitě třetího věku, dotazníkové šetření.

Ve své bakalářské práci se zabývám populací lidí ve věku 60+, proto jsem se obrátila s touto žádostí na Vás. Doufám, že jsem zvolila vhodný čas pro takovouto prosbu a nenastanou žádné komplikace.

Děkuji za Vaši odpověď i čas.

Přeji hezky zbytek dne.

Veronika Staňková

Od: "Holešovská Klára"

Komu:

Datum: 13.04.2012 09:07

Předmět: RE: U3V - žádost

Dobrý den,

dotazníkové šetření u nás můžete provést. Máme cca 400 studentů U3V. Studium letního semestru našim studentům končí v termínu 9.-11. 5. 2012. Pokud nás budete chtít dále kontaktovat, volejte prosím mou linku 541 562 088.

S pozdravem

Klára Holešovská, DiS.

odborný pracovník

Institut celoživotního vzdělávání a informatiky Veterinární a farmaceutická univerzita Brno Palackého 1/3, 612 42 Brno telefon 541 562 088 • mail holesovskak@vfu.cz • www.vfu.cz

PŘÍLOHA E:

Dotazník k získání údajů pro bakalářskou práci

Dobrý den vážený/á pane/paní,

*ráda bych Vás požádala o vyplnění tohoto dotazníku. Dotazník se týká tématu “Kvality spánku ve stáří”. Dotazník je zcela **anonymní** a informace z něj získané budou použity pro tvorbu **bakalářské práce**. Dotazníky budou po ukončení výzkumu skartovány.*

Pokyny: *lze označit více než jednu odpověď. Odpovídejte prosím zcela upřímně, dotazník je anonymní.*

Předem děkuji za Váš čas, ochotu a samozřejmě za spolupráci.

V. Staňková, studentka oboru Všeobecná sestra, 3.ročníku na VŠPJ v Jihlavě

1) Jaký je Váš věk?

- a) méně než 60 let
- b) 60 – 74 let
- c) 75 – 89 let
- d) 90 a více

2) Jste:

- a) muž
- b) žena

3) Chodíte spát pravidelně ve stejnou dobu?

- a) ano
- b) spíše ano
- c) spíše ne
- d) jiné

4) Máte svou stálou zvyklost, kterou vykonáváte před spaním? (napíšte)

.....
.....

5) Jste spokojeni s kvalitou Vašeho spánku?

- a) jsem spokojený/á
- b) nevím
- c) jsem nespokojený/á
- d) jiné.....

6) Probouzíte se během noci?

- a) ano, pokaždé
- b) občas
- c) jen výjimečně
- d) ne, nikdy

7) Kolik hodin spánku potřebujete?

- a) méně než 5 hodin
- b) 6-7 hodin
- c) 8-9 hodin
- d) 9 a více hodin

8) Kdy se ráno probouzíte?

- a) probouzím se dříve než chci
- b) probudím se v plánovaný čas
- c) většinou zaspím

9) Jak se cítíte ráno po probuzení?

- a) jsem svěží
- b) jsem odpočatý/á
- c) jsem unavený/á
- d) jsem nevyspalý/á
- e) spím dál

10) Potřebuje spát i během dne?

- a) ano
- b) ne
- c) občas

11) Narušuje něco z následující nabídky Váš spánek?

- a) obtížné usínání
- b) noční buzení
- c) rušivé okolí
- d) vliv některého onemocnění
- e) vliv stresu
- f) jiné

12) Zkoušeli jste sami zkvalinit svůj spánek?

- a) ano, zkoušel/a jsem pár metod
- b) nechal/a jsem tomu volný průběh
- c) mé pokusy byly marné
- d) nikdy jsem nic nezkoušel/a
- e) vyhledal/a jsem lékaře
- f) jiné

13) Řešíte své obtíže se spánkem pomocí léčiv? (pokud “ne” nevyplňujte otázky č. 13.,14.,15.)

a) ano

b) ne

14) Jak často užíváte své léky na spaní?

a) pravidelně

b) nepravidelně

c) podle potřeby / jak uznám za vhodné

d) jiné

15) Název léku, dávku, a jak dlouho jej užíváte?

.....

.....

16) Jsou Vaše léky účinné?

a) ano, vždy usnu

b) spíše ano

c) spíše ne

d) ne, nepomáhají mi vůbec